

TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAA KOTIHOITOA

Kehittämiskohteena hoito- ja palvelusuunnitelma sekä organisaatorakenne

Pia Hietala

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma,
Ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) HIETALA, Pia	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 23.05.2011
	Sivumäärä 96	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAA KOTIHOITOA Kehittämiskohteena hoito- ja palvelusuunnitelma sekä organisaatorakenne		
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) RÄSÄNEN, Riitta MÄKELÄ, Tapio		
Toimeksiantaja(t) Pieksämäen kaupunki, perusturva		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Oppinäytteen tavoitteena oli nostaa esiin keinoja, joilla voitaisiin edistää Pieksämäen kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä. Oppinäytteessä haluttiin selvittää, kuinka kotihoidon henkilöstö kokee omalla ammattitaidollaan pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen. Haluttiin myös tietää, millaisia kehittämistarpeita hoito- ja palvelusuunnitelmaan sekä nykyiseen organisaatioon kohdistuisi. Oppinäyte liittyi Virtuaalinen mallinnus ja tutkimusympäristö -hankkeen tavoitteisiin.</p> <p>Tietoa nykytilasta kerättiin ensin sähköisellä alkukyselyllä. Kysely lähetettiin kotihoidon 72 työntekijälle, ja kyselyyn vastasi 44 työntekijää. Kyselyn jälkeen perustettiin kehittämistyöryhmä, joka koontui neljä kertaa alkuvuodesta 2011. Kehittämistyöryhmän tuloksista raportoitii henkilökunnalle.</p> <p>Alkukyselystä ja kehittämistyöryhmissä selvisi, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa on kehitettävä. Hoito- ja palvelusuunnitelman liitteeksi tehtiin kuntouttava hoitosuunnitelma, jonka laadinta myös ohjeistettiin henkilökunnalle.</p> <p>Kotihoitoon perustettiin kotiutusyksikkö. Kotihoidon johtamista kehitettiin perustamalla aluevas- taavien työnkuvat sekä kotihoidon johtajan virka.</p> <p>Kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan kootaan asiakkaan toimintakyvyn kannalta oleelliset asiat. Se toimii myös tiedon välittäjänä eri organisaatioiden välillä. Kotihoidon uudella organisaatiolla parannetaan kotiuttamisprosessia ja kotihoidon johtamista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kotihoito, ikääntyneen toimintakyky, toimintakyvyn tukeminen ja hoito- ja palvelusuunnitelma.		
Muut tiedot		

Author(s) HIETALA, Pia	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 23052011
	Pages 96	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title IMPROVING CLIENTS FUNCTIONAL ABILITY IN HOME CARE SERVICES Improvement focus on care and service plan and organization		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Care and Social Services Development and Management		
Tutor(s) RÄSÄNEN, Riitta MÄKELÄ, Tapio		
Assigned by Jamk University of Applied Sciences		
<p>Abstract</p> <p>The objective of the thesis was to introduce ways that could be used to promote the functional ability of the clients of the home care services in Pieksämäki, Finland. The purpose was to examine how the home-care employees saw their professional role in the promotion of their clients' functional ability. Another focus was on the development needs of the care and service plans and the existing organization. The thesis was also connected to the objectives of the Virtual Modeling and Research Environment-project.</p> <p>Information about the current state was first collected by using an e-survey. The inquiry was sent 72 employees of the home care services; 44 of them responded to the inquiry. The second phase was to establish a development team that met four times in the beginning of the year 2011. The results of the development team were reported to the personnel.</p> <p>The results of the e- survey and the work of the development teams revealed that the care and service plan had to be developed. A rehabilitative treatment plan, for the drafting of which the personnel also received instructions, was annexed to the treatment and service plans.</p> <p>In addition, a discharge unit was established in the home care services. The management of the home care services was also further developed by changing the job descriptions of the area managers and by the establishment of the position of a head manager.</p> <p>The matters that are essential to a client's function are collected in the rehabilitative treatment plan. It also serves as an information channel between the different organizations. It is also essential that the new organizational model improves the discharge process of the clients as well as the management of the home care services.</p>		
<p>Keywords</p> <p>Home care, elderly functioning, disability support and care and service plan.</p>		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 YHTEISKUNNALLINEN TAUSTA	6
2.1 Väestörakenteen muutokset: haaste ja mahdollisuus	6
2.2 Palvelurakenteen muutokset.....	8
2.3 Kotihoidon arkea: rutiineja, eriytymistä ja medikalisaatiota	11
2.4 Koti ikäihmisen asumismuotona	12
2.5 Vanhuspalvelustrategia ja sen tavoitteet Pieksämäellä	13
3 TOIMINTAKYKY	16
3.1 Ikääntynyt käsitteenä	16
3.2 Toimintakyky käsitteenä.....	16
3.3 Toimintakykyä edistävän hoitotyön osa-alueet	21
3.4 Toimintakykyä edistävä hoitotyö tutkimusten mukaan	23
3.1.1 Ulkomailla tehtyjä tutkimuksia	23
3.1.2 Kotimaiset selvitystyöt ja väitöskirjat	27
4 KEHITTÄMISSUUNNITELMAN TAVOITE	37
5 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA	38
5.1 Lainsäädäntö koskien hoito- ja palvelusuunnitelmaa	38
5.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite	38
5.3 Hoito- ja palvelusuunnitelman laadun arvioinnin kriteerit	40
5.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma Pieksämäen kaupungin kotihoidossa	41
5.5 Pieksämäen kaupungin kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman lähtötilanne	42
6 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA	45
7 KEHITTÄMISTYÖRYHMÄN TAPAAMISET	48
8 KOTIHOIDON ORGANISAATION KESKEISET MUUTOKSET	52
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TOIMENPIDE-EHDOTUKSET	56
9.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	56
9.2 Kotihoidon organisaation muutokset.....	59
9.3 Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettisyys	62
10 POHDINTA	64

LÄHTEET69**LIITTEET72**

<i>Liite 1. Palvelu- ja hoitosuunnitelma (käsin tehtävä, mapissa toimistolla ja asiakkaalla esim. kaapissa</i>	<i>72</i>
<i>Liite 2. Hoito- ja palvelusuunnitelma, Pegasokselta tulostettava versio</i>	<i>74</i>
<i>Liite 3. Kotihoidon asiakkuusprosessi</i>	<i>77</i>
<i>Liite 4. Kotihoidon asiakkaasi tulemisen prosessi</i>	<i>78</i>
<i>Liite 5. Ensikäynti, palvelutarpeen arviointi runko</i>	<i>79</i>
<i>Liite 6. Sähköpostilla Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tuli seuraavia ajatuksia:.....</i>	<i>80</i>
<i>Liite 7. Kuntouttava hoitosuunnitelma, laatimisoheje</i>	<i>81</i>
<i>Liite 8. Webropol-kysely.....</i>	<i>83</i>

KUVIOT

<i>KUVIO 1. Pieksämäen väestöennuste tilastokeskuksen mukaan.....</i>	<i>4</i>
<i>KUVIO 2. Suomalainen palvelurakennejärjestelmä. Räsänen, 2010.</i>	<i>10</i>
<i>KUVIO 3. Maailman terveysjärjestön ICF-luokitus</i>	<i>17</i>
<i>KUVIO 4. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)</i>	<i>18</i>
<i>KUVIO 5. Toimintakykyä edistävän hoitotyön osa-alueet (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 146).....</i>	<i>21</i>
<i>KUVIO 6. Hyvän kotihoidon malli (Tepponen, 2009).</i>	<i>34</i>
<i>KUVIO 7. Kotihoidon uusi organisaatio.....</i>	<i>54</i>

TAULUKOT

<i>TAULUKKO 1. Toimintakyky voimavara -käsitteen avulla. (2007, Heinola & Luoma, 37.).....</i>	<i>19</i>
<i>TAULUKKO 2. Tärkeimmät tutkimustulokset toimintakykyä edistävästä hoitotyössä kotihoidossa.....</i>	<i>35</i>
<i>TAULUKKO 3. ”Toimintakyvyn edistäminen henkilökunnan kokemana”-kyselyn vastaukset koottuna: kysymykset 16–19.....</i>	<i>47</i>

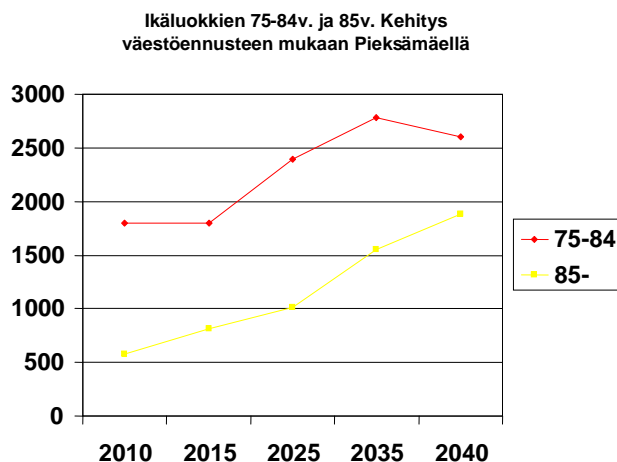
1 JOHDANTO

Julkisessa keskustelussa 2000-luvulle tultaessa on käyty paljon keskustelua kuntatalouden rahoituksen kestävydestä. Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2010–2013 todetaan, että sosiaaliturvan rahoituksen kestävyteen vaikuttaa ennen kaikkea kolme tekijää: työllisyysaste, kansalaisten terveys ja toimintakyky sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannon tehokkuus. (STM 2008, 52).

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2008 alussa julkaistu kunnille kohdistettu Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan iäkkäiden palvelujärjestelmää on kehitettävä monipuolisemmaksi. Ensimmäinen suuri linjaus on palvelujärjestelmän systemaattinen laajentaminen hyvinvointia ja terveyttä edistävien sekä toimintakyvyn laskua ehkäisevien palvelujen suuntaan. Käytännön toimintamuotoina esitetään neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä kaikkiin kuntiin. Toinen merkittävä linjaus on kotona asumisen edistäminen lisäämällä sitä tukevia ja kuntouttavia palveluja. Myös asuntojen esteettömyyttä ja turvallisuutta esitetään parannettavaksi. (Muurinen, Finne-Soveri, Sinervo, Noro, Andersson, Heinola & Vilkkö 2009, 3.)

Ikäihmisten avopalveluja kehitettäessä suurimmat haasteet ovat asiakkaiden määrän voimakas lisääntyminen, asiakkaiden huonokuntoisuus, kotihoidon henkilöstön ikääntyminen ja työvoimapula. Vanhusten kotihoidossa on viime vuosina toteutettu paljon erilaisia kehittämishankkeita ja etsitty parhaita sekä resursseja säästäviä malleja ikäihmisten palvelujen tuottamiseen liittyen. (Sannerma 2009, 23.)

Tämä kehittämissuunnitelma on syntynyt ”Virtuaalinen mallinnus ja tutkimusympäristö” -hankkeessa 2010–2011. Hankkeen taustalla oli tieto, että myös Pieksämäellä sosiaali- ja terveyspalveluihin joudutaan panostamaan väestön ikääntymisen seurauksena vuosi vuodelta enemmän resursseja. Taulukossa 1 on esitetty Pieksämäen väestöennuste vuoteen 2040 saakka.



KUVIO 1. Pieksämäen väestöennuste tilastokeskuksen mukaan.

Hankkeessa tarkasteltiin kotihoidon prosesseja. Tavoitteena oli prosessien tehostaminen kustannustehokkaammaksi 30 prosentilla. Hankkeen aikana perehdyin kotihoidon toimintaan seuraamalla käytännön työtä, haastattelemalla henkilöstöä ja esimiehiä sekä etsimällä tietoa eri kuntien käytänteistä. Ajan haasteet ja tuleva uusi terveydenhuoltolaki herättivät kiinnostukseni tarkastella kotihoidon toimintakyvyn edistämisen prosessia tarkemmin. Myös tutkimustulokset antoivat uskoa siihen, että toimintakyvyn edistämiseen liittyvä kehittäminen voisi olla kannattavaa.

Toimintakyvyn edistämisen nykytila kuvattiin hoito- ja palvelusuunnitelman sekä henkilörakenteen näkökulmista. Nykytilan kartoittamiseksi hyödynnettiin työyksiköstä saatua kirjallista materiaalia, sähköistä verkkokyselyä sekä haastatteluja esimiesten ja työntekijöiden kanssa. Kotihoidon henkilöstöstä muodostettiin myös työryhmä, joka arvioi projektihenkilön kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman toimivuutta toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta. Kehittämishankkeen aikana uudistettiin myös kotihoidon organisaatio. Kotihoidossa oli tapahtunut isoja muutoksia viime vuosina kuten 2007 Pieksämäen kaupungin syntyminen, jolloin Pieksanmaa ja kaupunki yhdistyivät. Perusturvalauta-

kunta perustettiin 2010, jossa yhteydessä terveys- ja sosiaalityö yhdistyivät ja samalla kotisairaanhoidon ja kotihoito yhdistyivät.

Kehittämistyö on tehty kotihoidon kehittämisestä, johtamisesta ja taloudellisista resursseista päättävälle henkilölle. Kehittämistyön tulokset auttavat henkilöstöä jäsentämään omaa työtään sekä ne parantavat asiakaslähtöisyyttä kotihoidossa. Kehittämiskohteiden valintaan ovat vaikuttaneet aikaisemmista hankkeista saadut tulokset, kirjallisuuskatsaukset ja keskustelut henkilökunnan ja asiantuntijoiden kanssa.

2 YHTEISKUNNALLINEN TAUSTA

2.1 Väestörakenteen muutokset: haaste ja mahdollisuus

Kotihoitoa voidaan pitää ikäihmisten palvelurakenteen keskeisenä ja mittavana palveluna. Selvityksien mukaan nykyisen kotihoitojärjestelmän suurin asiakasryhmä ovat 75–84-vuotiaat, toisaalta palveluja kohdennetaan entistä enemmän 85 vuotta täyttäneille (Heinola 2007, Stakes 2008.) Korkea elinikä on tarkoittanut kotihoidolle sairaampia ja haastavampia sekä toimintakyvyltään entistä heikompia asiakkaita. Toisaalta korkea elinikä on katsottu myös saavutukseksi: ”Eliniän pidentyminen on merkittävä yhteiskuntapoliittinen saavutus, etenkin kun suomalaiset ovat lisäksi terveempiä kuin koskaan aiemmin”, kuten sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2010–2013 todetaan. Lisääntynyt terveys voi lisätä myös terveempien vanhusten määrää tulevaisuudessa. Terveiden vanhusten käyttöä kotihoidon resurssina on myös pystytty hyödyntämään. Tästä hyvänä esimerkkinä on esimerkiksi Tampereella toimiva Mummon kammari, jossa vapaaehtoistyöntekijät voivat olla myös itse hyvin iäkkäitä.

Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelmassa esitetään huoli väestön huoltosuhteen muutoksesta. Huoltosuhteella tarkoitetaan lasten ja eläkeikäisten määrän suhde työikäisten (15–64 -vuotiaiden) määrään. Huoltosuhte heikkeni jo vuonna 2010. Tämä aiheuttaa vaikeuksia työvoiman saannissa sekä alueellisten erojen lisääntymistä. (STM 2008,5.)

Ikäihmisten hoito- ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on tukea ikääntyneiden kotona asumista. Monipuolinen kotihoidon palvelujärjestelmä mahdollistaa varsin huonokuntoisten asiakkaiden hoidon kotona. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 100.) Palvelujärjestelmiä on kehitetty niin, että kuntien mahdollisuudet hoitaa vanhuksia elinkaaren loppuun kotona on mahdollista ja laitoshoidon tarve saa-

daan mahdollisimman lyhytaikaiseksi. Kotihoidon lisäksi kunnissa on pystytty kehittämään myös tehostettua kotihoitoa ja kotisairaaloimintaa.

Korkea elinikä tarkoittaa usein sitä, että palveluiden tarvitsijoilla on monia eri sairauksia ja monenlaista palveluntarvetta. Eliniän noustessa myös palveluiden tarvitsijoiden määrä kasvaa. Ihmisten elinajanodote on noussut vuosina 1870–2008 huomattavasti. Vuonna 1870 se oli sekä miehillä että naisilla alle 35 vuotta. Vuonna 1930 naisten eliniän odote oli 55 vuotta ja miesten 50 vuoteen. Vuonna 2006 naisten eliniän odote oli 83 vuotta ja miesten 76 vuotta. 1965 miesten elinajanodote oli 67 vuotta ja naisten 75 vuotta. (Loikkanen & Nivalainen 2010, 6.)

Ikääntyneiden eli yli 65-vuotiaiden osuus on pysynyt alle 10 prosentissa aina 1960-luvulla saakka, minkä jälkeen se on lähtenyt kasvuun. Suurten ikäluokkien ja ikärakenteen vinoutuminen on havaittavissa ikääntyneiden voimakkaana kasvuna vuosien 2008–2060 aikana. Vuonna 2008 ikääntyneiden osuus oli noin 17 prosenttia väestöstä, kun vuonna 2060 sen ennustetaan olevan jo liki 30 prosenttia. (Loikkanen ym. 2010, 10.)

Tilastokeskuksen vuoden 2009 väestöennusteessa maahanmuuton on oletettu olevan 15 000 henkeä vuodessa. Ilman positiivista nettosiirtolaisuutta Suomen väestörakenne olisi entistä vinoutuneempi tulevaisuudessa. (Loikkanen ym. 2010, 10.)

Ikääntyvän väestön kasvu tuo yhteiskunnalle mukanaan paitsi taloudellisia ja sosiaalisia vaatimuksia myös voimavaroja. (Lyyra, Pikkarainen, Tiikkainen 2007, 5.) Lyyra ja muut ovat todenneet, että väestörakenteen muutokset ja väestön terveys, kuten terveyden ja toimintakyvyn kehitys, vaikuttavat sosiaali- ja terveystalouden kysyntään ja tarpeeseen. Tulevaisuuden palvelutarpeen kasvua voi hillitä ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn ja terveyden parantuminen. Kolmannen iän ihmiset eli 65–74-vuotiaat ovat yhä toimintakykyisempiä ja terveempiä. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti heidän terveytensä

ja toimintakykynsä edistämiseen ja vastuunottoon omasta terveydestään. (Lyyra ym. 2007, 6).

2.2 Palvelurakenteen muutokset

Palvelurakenteen raju muuttaminen aloitettiin 1990-luvulla, jolloin laitoksista kotiutettiin entistä huonompikuntoisia vanhuksia. Samalla kehitettiin erilaisia palveluasumisen muotoja sekä myös 1990-luvun puolivälissä kaikenlaisen avohoito lähti kasvuun. Avohoidon työntekijöille tämä merkitsi uusien, vaikeahoitoisten ja heterogeenisten asiakasryhmien hoitamista. (Sanerma 2009, 30).

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeisti 1990-luvun alussa vanhustenhoidon tavoitteeksi vanhusten kotona asumisen niin kauan kuin se vain mahdollista. Kuitenkin vuodesta 1993 vanhusten julkisia palveluja, varsinkin kotipalvelua vähennettiin. Palvelujen ongelmana oli myös maantieteellinen eriarvoisuus, kohdentuminen eniten apua tarvitseville asiakkaille sekä koulutetun henkilöstön vähäinen määrä. (Vaarama & Kautto 1999, 7-13, 72-74). Samaan aikaan tapahtui keskushallinnon ohjauksen muutos niin sanottu valtiosuusuudistus (HE 242/ 1993), joka antoi kunnille mahdollisuuden tehdä omia ratkaisujaan palveluiden järjestämisvastuun täyttämiseksi. Uudistuksen myötä siirryttiin laskennallisiin valtiosuusuksiin, jotka perustuivat muun muassa väestön määrään, ikään ja alueelliseen jakautumiseen, niin sanottujen ”korvamerkittyjen” rahojen aika päättyi. (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009, 26.) Suomalaisessa palvelujärjestelmässä kuntien rooli ja vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä, myös ikääntyneiden palveluissa, on edelleen merkittävä.

Vuonna 2005 asetettiin sisäministeriön alainen työryhmä, jonka tavoitteena oli sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluiden järjestäminen. Työryhmän tuloksena vuonna 2007 syntyi puitelaki (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169). Puitelain seurauksena perusterveydenhuollon ja sosiaalitoi-

men tehtävien järjestämiseen edellytetään 20.000 asukkaan väestöpohjaa eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta. Puitelain tuloksena ovat tilaaja-tuottajamallit yleistyneet sekä palveluiden ulkoistaminen on suuren väestöpohjan seurauksena innostanut tarjouskilpailuihin. (Koivusalo ym. 2009, 27–28.)

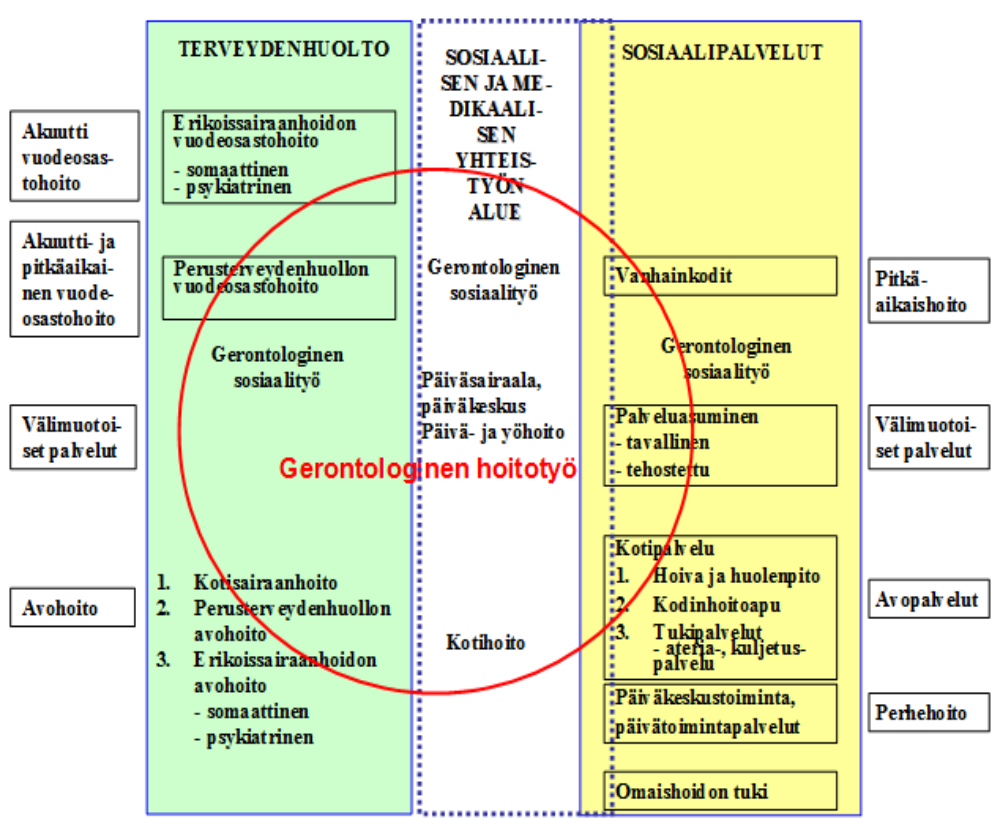
2000-luvun sosiaali- ja terveystalitiikkaa on leimannut muutos. Muutoksen ja ohjauksen tarve on heijastunut myös ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalveluihin. Muutosta ovat aiheuttaneet kunta- ja palvelurakennemuutos, yksityisen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden yleistuminen ja julkisen sektorin kiinnostuneisuus palveluiden ulkoistamiseen. Kansalaisten tuki hyvinvointivaltiolle, hyvinvointipalveluille ja terveyspalveluille on ollut vahva, toisaalta kansalaiset ovat tuoneet esille huolensa palvelujen laatuun liittyvistä seikoista (esim. Koivusalo ym., 2009, 45).

Tänä vuonna 2011 toukokuussa tuli voimaan uusi terveydenhuoltolaki (L 1326/2010). Lain tarkoituksena on ollut mm. edistää väestön terveyttä ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Laki korostaa myös asiakaskeskeisyyttä. Se sekä pyrkii vahvistamaan perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantamaan terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimijoiden sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Laissa sanotaan, että kunnan on järjestettävä alueellaan asuville vanhuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja. Neuvontapalveluihin sisältyvät

- terveellisten elintapojen edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisemiseen tähtäävä neuvonta
- toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki
- sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus

Lisäksi todetaan, että kunta voi järjestää iäkkäille asukkailleen terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Lain 25§ käsittelee kotisairaanhoidon, jossa sanotaan, että kunnan järjestämä kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä, moniammatillisesti toteutettua terveyden tai sairaanhoidon palvelua (L 1326/2010.)

Kuviossa 2 on esitetty nykyinen ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä. Gerontologista hoitotyötä ja sosiaalityötä tehdään niin sosiaali- kuin terveystalvelujenkin vanhustyössä. Terveystalvelulaki (1.5.2011) parantaa asiakkaan valintamahdollisuuksia ja edistää sosiaali- ja terveystalveluonnon kokonaisuuden sekä perusterveystalveluonnon ja erikoissairaanhoidon saumattoman yhteistyön toteuttamista (VN 2009. Kokko ym. 2009, 15–17). Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) ja erikoissairaanhoidolaki (1.12.1989/1062) jäävät voimaan. Yhteisen sosiaali- ja terveystalveluonnon koskevan hallintolain valmistelu on käynnistynyt (STM 2011, väliraportti).



KUVIO 2. Suomalainen palvelurakennejärjestelmä. Räsänen, 2010.

Palvelujen tarjoajien monipuolistuminen on aiheuttanut kansalaisten keskuudessa vertailua julkisen palvelun ja yksityisen palvelun laadusta, tehokkuudesta ja myös hinnasta. Kunnat ovat antaneet myös mahdollisuuden valita palvelun tuottaja itse esim. palvelusetelikäytännön kautta. (Koivusalo ym. 2009, 237.)

2.3 Kotihoidon arkea: rutiineja, eriytymistä ja medikalisaatiota

Kotihoidon tehtävissä on paljon arkeen kuuluvia rutiineja, jotka kuuluvat normaaliarkeen. On tiskausta, keittämistä, sijaamista ja kauppakassien purkamista. Medikalisaatiolla eli lääketieteellistämällä tarkoitetaan sairauden ja terveyden leiman sekä lääketieteellisen leiman ulottumista yhä uusiin ja arkipäiviin ilmiöihin (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 417). Usein on vaikeaa erottaa ikääntymiseen liittyviä biologisia muutoksia yleisimmistä ikääntyneiden sairauksista. Tästä syystä on aiheellista pohtia ikäihmisten kohdalla milloin siitä on hyötyä ja milloin siitä voi olla jopa haittaa. (Tilvis ym. 2010, 418).

Kotihoidon palvelurakenteesta johtuen palvelut voivat pirstaloitua: samaa asiakasta saattaa hoitaa ja palvella monta eri työntekijää monesta eri yrityksestä. Koordinaatio on puutteellista. Kolmannen sektorin ja yksityisen yrityksen tarjoamat palvelut on nivottu heikosti yhteen kunnan palvelujen kanssa. Jokainen tekee työtään vain oman organisaationsa näkökulmasta. Kotihoidon palvelujen rutinoituminen, eriytyminen ja medikalisoituminen asettautuvat kotihoidon kokonaisvaltaisen ja aktivoivan ihanteen vastaisiksi. Kotikäynti muotoutuu pitkälti hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisten, asiakkaiden fysiologisten tarpeiden kannalta välttämättömien rutiinitehtävien suorittamiseksi. Toisaalta tukipalvelujen, kuten aterian ja siivouksen, hankkiminen johtaa palvelujen eriytymiseen. Huonokuntoisen vanhuksen hoidossa korostetaan lääketieteellisesti välttämättömiä toimia kuten lääkkeen jakoa tai verenpaineenmittausta. (Engeström 2009, 11; 14–15.) Pirstaloitunut palvelurakenne voi hei-

kentää asiakkaan itsemääräytymisoikeuden toteutumista. Rutiininomaiset hoivakäytännöt voivat myös heikentää asiakkaan itsenäisyyttä.

2.4 Koti ikäihmisen asumismuotona

Ikääntyneiden halu asua omassa kodissa on yleisesti hyväksytty periaate. Tedren (2006, 162) mukaan ihmiset haluavat asua vanhetessaan asua kotonaan ”niin kauan kuin saa apua”, ”voimia riittää”, ”se on mahdollista” tai ”loppuun asti”.

Ikääntyneelle koti muodostaa elämän kehyksen, jota määäävät kotiin liittyvät merkitykset, terveys ja toimintakyky, kotihoidosta saatu apu ja sosiaaliset suhteet. (Tenkanen 2003, 29). Vanhukselle koti merkitsee paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä siitäkin huolimatta, että voimavarat ehtyvät. Kun yksilön toimintakyky heikkenee, ympäristön ja esineiden tuttuus pitää jatkuvuutta yllä elämäkerrallisuudellaan ja muistoillaan. Avun tarpeen lisääntyessä ikäihminen joutuu tilanteeseen, jossa kodissa käy myös erilaisia auttajia ja kodista tulee niin sanottu. ”avoimien ovien koti” (Sanerma 2009, 66).

Kotihoidossa oleva vanhukselle koti voi muodostua myös vankilaksi. Omat voimavarat eivät mahdollista enää kodin ulkopuolelle pääsyä tai pääsy estetään esim. muistamattoman henkilön kohdalla lukitsemalla ovi ulkopäin. Tedre (2006, 164) esittääkin huolen siitä, että esimerkiksi 1999 joka viides pitkälle edennyt dementiaa poteva asui säännöllisen kotihoidon turvin kotona. Tedren (2006, 168) mukaan asunto tai ylipäätään elämä neljän seinän sisällä ei riitä mielekkään ja ihmisarvoisen arkielämän ympäristöksi. Hän esittääkin ”kävelykapinaa”, jossa kävelyoikeus koskee myös niitä, jotka tarvitsevat (henkistä tai fyysistä) työntäjää tai taluttajaa.

Ikääntyneiden ympäristöllä on merkitystä hänen hyvinvointiinsa, joten ei ole yhdentekevää millaisessa kodissa hän asuu. Ikääntyneen hyvinvointi muo-

dostuu synteessinä hänen toimijuudestaan sekä lähiyhteisön ja palvelujärjestelmän antamasta tuesta. Hyvinvointipalvelujen perimmäisin tavoite on asiakkaan hyvinvointi. Vanhuspalveluissa lopputuloksena tavoitellaan ihmisten hyvinvointia ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä. Esimerkiksi Lawtonin (1983, 349–357) on tutkinut ympäristön ja hyvinvoinnin yhteyttä ikäihmisillä. Hän esittää neljä hyvinvoinnin aluetta, jotka kaikki yhdessä mahdollistavat hyvän elämän. Sektorit ovat psyykkinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu, objektiivinen ympäristö ja ikäihmisen käytöksellinen kyky. Hän tuo edelleen esille, että esimerkiksi vaikeaa dementiaa sairastavalla voidaan ylläpitää hyvää psyykkistä hyvinvointia oikealla ympäristöllä tai masentuneen henkilön käytöksellinen kyky voi pysyä hyvänä, jos ympäristö on oikeanlainen.

Ikäihmisistä puhuttaessa voi koti olla myös esim. perhekoti, jossa ikäihmisen kanssa asuu henkilöitä, jotka mahdollistavat kotona asumisen. Tässä työssä tarkoitan kodilla normaalia yksityisasuntoa.

2.5 Vanhuspalvelustrategia ja sen tavoitteet Pieksämäellä

Sosiaali- ja terveysministeriön (2001) laatusuositus velvoitti kuntia laatimaan oman ajantasaisen vanhuspoliittisen strategian, jonka mukaan jokaisen kunnan tulee laatia oma ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, jolla turvataan alueen ikääntyneiden terveyttä ja hyvinvointia sekä sosiaalisia oikeuksia. Strategian tulee olla kunnan poliittisen johdon vahvistama. Siihen tulee sisältyä myös palvelurakenteen kehittämisohjelma. Uusimman laatusuosituksen (2008) tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: 1) hyvinvointi ja terveydenedistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, 2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen, 3) asumis- ja hoitoympäristöt. (STM 2008).

Pieksämäellä vanhuspalvelustrategia on nimetty ”Hermanniksi ja Miinaksi”-ikäihmisten Pieksämäki 2013. Strategian peruslinjaukset ovat seuraavat:

- Pieksämäki vähentää laitospaikkojen osuutta vanhustenhuollon palveluissa ja
- tehostaa avohoitoa sekä ennaltaehkäiseviä palveluja lisätään ja kehitetään merkittävästi.
- hyvinvointia ja terveyttä edistävä palvelurakenne
- kaupunki korvaa omaa palveluntuotantoa ostopalveluilla, mikäli se on taloudellisesti ja toiminnallisesti järkevää
- Muita toimijoita, kuten järjestöjä, yksityisiä yrityksiä ym. kannustetaan myös edistämään strategian toteutumista
- edistää ikäihmisten itsemääräämisoikeutta ikääntyneiden voimavaroja tunnistamalla ja vahvistamalla. Palvelujen kehittämisessä ja järjestämisessä edistetään yhteistyötä.

Kotihoidon osalta on kirjattu, että ikääntyneiden palvelurakennetta tulee Pieksämäellä kehittää kotihoitoa korostaen. Käytännössä se tarkoittaa, että asiakkaita opastetaan itsehoitoon, palvelutarvetta arvioidaan oikea aikaisesti sekä ennakoivaa apua ja kotihoidon palveluita annetaan riittävästi.

Pieksämäellä kotihoidon päättymisen keskeisenä syynä ovat muistiongelmat. Muistiongelmien varhainen havaitseminen ja diagnosointi ovat tärkeää, sillä se mahdollistaa muistisairaalalle tarkoituksenmukaisen hoidon ja antaa omaiselle muistisairaalle ihmisen omaisen statuksen. (Pulliainen, Kettunen & Valtonen 2008, 35.)

Kotihoidon tiimien sisäistä työnjakoa tulisi kehittää niin, että tiimien perus- ja erikoisosaaminen hyödynnetään optimaalisesti välttämällä hoidon pirstoutumista. Kotihoidon osalta korotetaan myös kotona asuvien ikäihmisten palveluohjausta, turvallisuusopastusta sekä pyrkimystä minimoida kaatumisriskejä kotona ja lähiympäristössä. Vanhuksille olisi tarjottava mahdollisuus turvalliseen ulkoiluun. Ikäihmisten asiointimahdollisuuksien turvaamista sosiaalihuoltolain mu-

kaisella kuljetustuella pidetään tärkeänä, mutta myös kunnan yleistä liikennepalvelua tulee suunnitella ikäihmisten tarpeita tukevaksi.

Vanhustehuollon palveluja järjestetään valittujen arvojen pohjalta. Arvot ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys, turvallisuus, kunnallistaloudellisesti kestävä toiminta ja vanhusmyönteinen ilmapiiri.

Palveluketjun toimivuus nähdään tärkeänä: kotihoito-palveluasuminen, lyhyt- ja pitkäaikainen laitoshoido- eriloissairaanhoito ketjun tulee toimia siten, että palvelusta toiseen siirtyminen toimii. Kyse on laadusta, jossa kotiuttaminen on avainasemassa.

Kotihoidon osalta painopistealueena ovat myös välimuotoiset palvelut, kuten päivätoiminta ja kuntoutus sekä ennaltaehkäisevät kotikäynnit, varhainen puuttuminen ja diagnosointi (muistihäiriöt), itsehoidon tukeminen, palveluohjaus ja neuvonta. Eläkeläisten neuvolatoiminta tukee myös näitä tavoitteita. (Hermannin ja Miina 2009, 7–15.)

3 TOIMINTAKYKY

3.1 Ikääntynyt käsitteenä

Suomen tilastoissa ikääntyneeksi luetaan 65 vuotta täyttäneet henkilöt. Ikääntyneen määritelmä on käsite, joka muuttuu sen mukana, kuinka ihmisten elin-iän odotus ja hyvinvointi kehittyvät. Fysiologisesta näkökulmasta katsottuna 75 vuotta olisi ikääntyneen ihanteellisempi ikäraja, sillä useimmiten vasta sil-loin kehossa alkaa tapahtua ikääntymiselle tyypillisiä rappeuttavia muutoksia ja fyysistä heikkenemistä. (Järvinen & Nal 2005, 107.)

Kivelä (Kivelä 2006, 20–22) on käyttänyt käsitteen valinnassa seuraavaa lo-giikkaa: kaikista 65 vuotta täyttäneistä hän käyttää nimitystä eläkeläiset. Ikääntyviä ovat 65–75 -vuotiaat ja 75–85-vuotiaat iäkkäitä. Vanhoiksi Kivelä kutsuu 85 vuotta täyttäneitä ja vanhuksiksi 90 vuotta täyttäneitä, mutta kuiten-kin toteaa, että 30 vuoden kuluttua tilanne voi olla toinen. Tässä opinnäyttees-sä tarkastellaan Pieksämäen kotihoidon toimintaa. Ikääntyneillä asiakkailla tässä yhteydessä tarkoitetaan pääsääntöisesti 75 vuotta täyttäneitä tai sitä vanhempia asiakkaita.

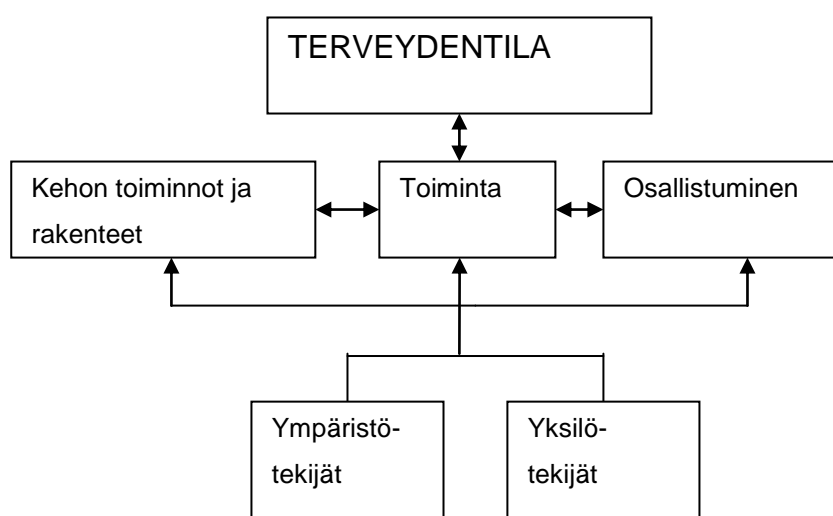
3.2 Toimintakyky käsitteenä

Toimintakykyä kuvataan usein sen vajeiden tai voimavarojen kautta. Yksinker-taisimmillaan toimintakyvyillä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväi-sestä elämästään. (Tilvis ym. 2010, 438). Tässä tutkimuksessa toimintakyky käsittää seuraavat tekijät: fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja sekä ympäristöön liittyvät tekijät.

Se mitä toimintakyvyllä tarkoitetaan, riippuu tilanteesta ja tutkimusalasta. Toi-minnanvajauksen syntyprosessia kuvaavassa mallissa toimintakyky jaotellaan

kolmeen luokkaan: elinjärjestelmien toiminta (impairment), koko organismin toiminta (functional limitation) ja ihmisen toiminta suhteessa ympäristön asettamiin vaatimuksiin (disability) (Hartikainen & Lönnroos 2008, 324).

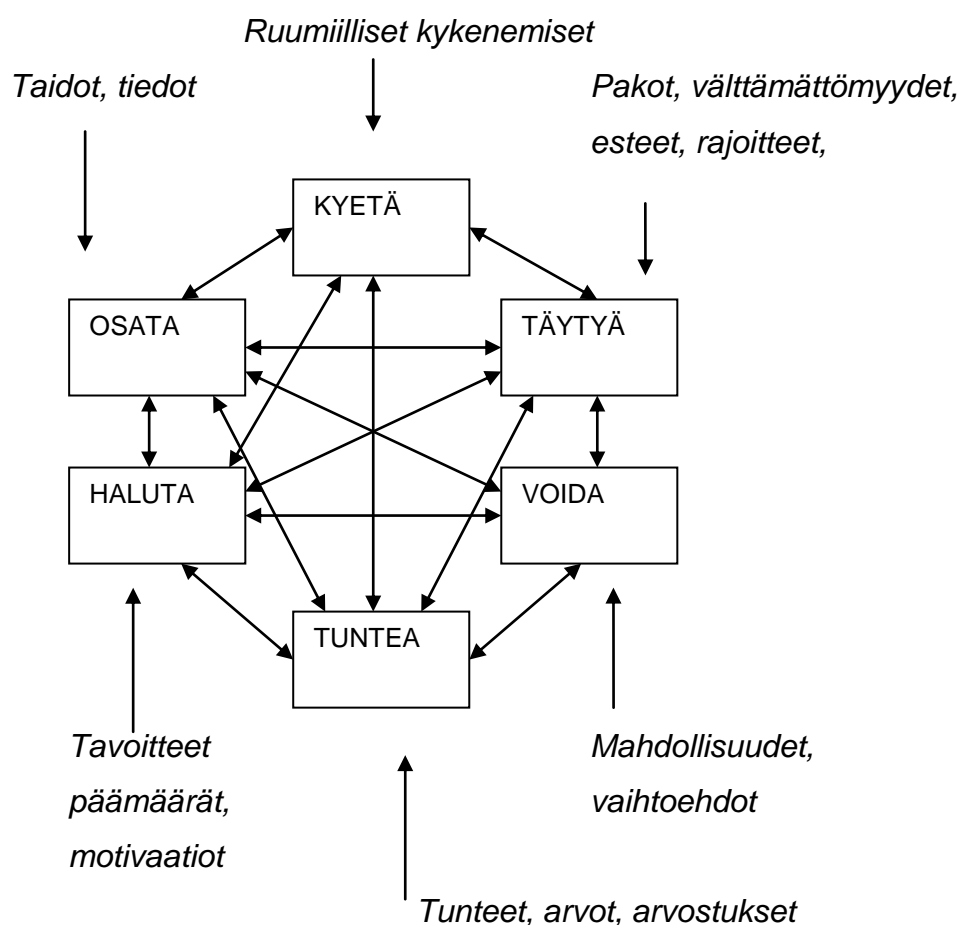
WHO:n kehittämää ICF-luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health) on laajuutensa vuoksi kutsuttu toimintakyvyn yleiseksi sateenvarjoksi. ICF antaa yhtenäisen viitekehyksen ja kielen toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvien toiminnallisten tilanteiden kuvaamiseen. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 61.)



KUVIO 3. Maailman terveysjärjestön ICF-luokitus

Geriatriassa toimintakyky nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ulottuvuutena. Toimintakykyyn vaikuttavat yksilö itse, hänen elintapansa, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Iäkäs potilas on aktiivinen toimija, joka reagoi ja sopeutuu toiminnan vajaukseensa ja sen aiheuttamiin haittoihin esim. harjoittelemalla, mukauttamalla tarpeitaan tai apuvälineiden turvin. (Tilvis 2010, 439–440).

Jyrki Jyrkämä (2008) on kehittänyt toimintakyvyn määritelmää gerontologises-
sa tutkimuksessa etenevässä määrin käytetyn toimijuus -käsitteen näkökul-
masta: toimintakyky on yksilön kykyjen ja osaamisen enemmän tai vähemmän
tavoitteellista käyttöä sosiaalisissa, esteitä ja mahdollisuuksia luovissa, tuntei-
ta tuottavissa arki- ja muissa tilanteissa. Hän korostaa toimintakyvyn tilanne-
ja kontekstisidonnaisuutta. Toimijuus on viitekehys, jonka avulla voidaan ym-
märtää ja analysoida ikäihmisiä heidän arkitilanteissaan, heidän elämäntilan-
teitaan ja vuorovaikutusta suhteessa palvelujärjestelmään.



KUVIO 4. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä 2008)

Jyrkämän mukaan "Kyetä" ulottuvuudessa on kyse ensisijaisesti fyysisestä ja psyykkisestä kyvyistä ja kykenemisestä, joka vaihtelee ja vanhetessa siinä tapahtuu muutoksia. "Osata" viittaa tietoihin ja taitoihin joita ihminen on elä-

mänsä aikana hankkinut tai tulee hankkimaan. ”Haluta” liittyy motivaatioon ja motivoituneisuuteen, tahtomiseen, päämääriin ja tavoitteisiin. ”Täytyä” ulottuvuuden piiriin kuuluvat niin fyysiset kuin myös sosiaaliset normatiiviset ja moraaliset esteet, pakot rajoitukset. ”Voida” viittaa mahdollisuuksiin, joita kulloinenkin tilanne ja tekijät tuottavat ja avaavat. ”Tuntea” liittyy ihmisen perusominaisuuteen arvioida, arvottaa, kokea ja liittää kohtaamiinsa asioihin ja tilanteisiin tunteitaan. Toimijuus syntyy näiden ulottuvuuksien yhteen kietoutuvana prosessina.

Toimintakykyyn liitetään myös itsenäisen selviytymisen käsite. Toimintakykyyn vaikuttavat monet tekijät, jotka mahdollistavat yksilön selviytymisen. Tarpeet, halut, voimavarat, autonomia, hyvinvointi, elintaso, elämänlaatu, elämänhallinta, sopeutuminen ja oppiminen tarjoavat yksilölle selviytymistä mahdollistavia vaihtoehtoja (Neittaanmäki 2007, 9.)

Ikääntyessä myös ihmisen oikeudellinen toimintakyky voi heiketä. Oikeudellisessa toimintakyvyssä merkitsevään asemaan nousevat yksilön psyykkiset ominaisuudet ja kyky ymmärtää kulloinkin päätöksenteon kohteena oleva asia ja sen seuraukset. Kognitiivisten kykyjen heikentyminen voi johtaa tilanteeseen, jossa henkilö ei kykene enää itsenäisesti tekemään päätöksiä. Näissäkin tilanteissa itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Oikeusturvan kannalta esim. dementoituvan ihmisen kannalta on tärkeää varhainen diagnosointi ja uhkaavan toimintakyvyttömyyden ennakointi. Hoitohenkilökunta voi myös omalla toiminnallaan vaikuttaa asioiden järjestelyyn ennen tilanteen heikentymistä esim. hoitotahdon tai edunvalvontavaltuutuksen järjestelyissä. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 392–394).

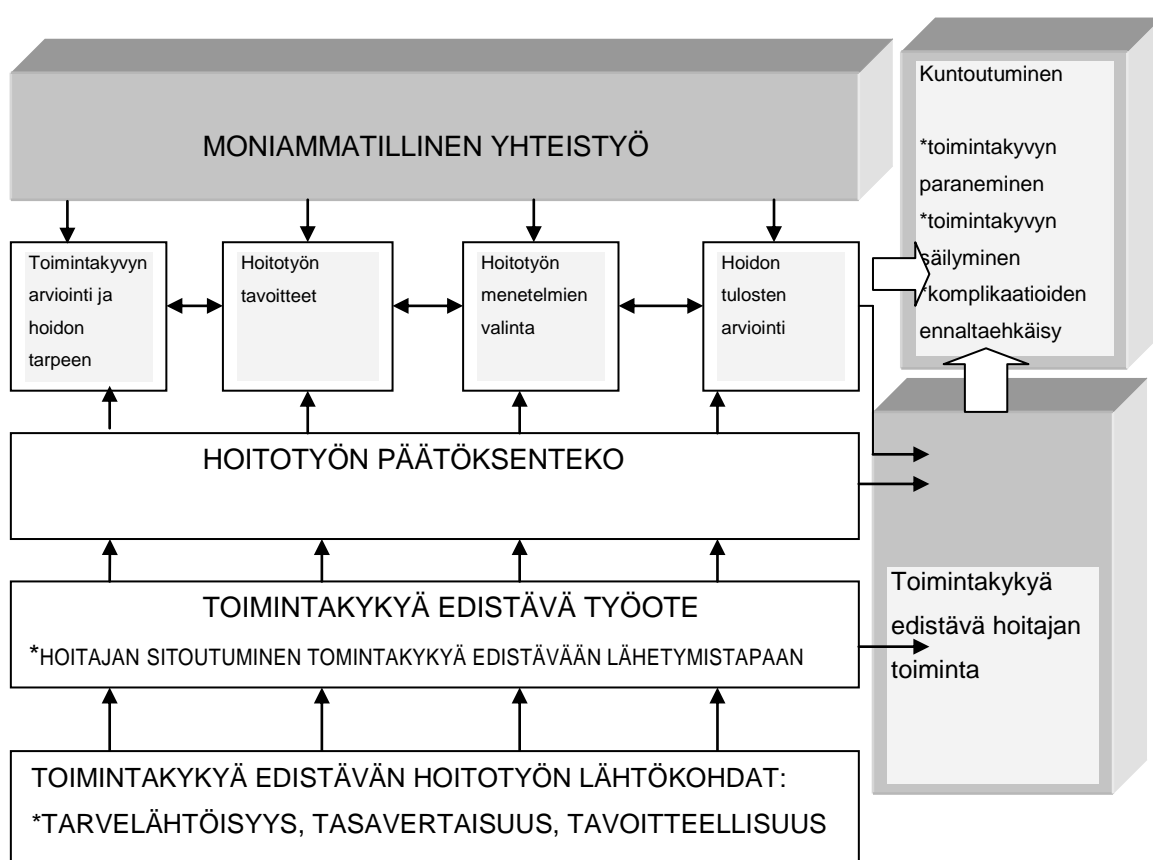
Toimintakykyä voidaan tarkastella myös voimavara-käsitteen avulla. Voimavarat voivat olla psyykkisiä, henkisiä tai fyysisiä. Ne voivat olla myös mielekästä tekemistä. Ympäristö tai sosiaaliset voidaan myös nähdä voimavarana. Voimavaroja ovat myös omaiset, saadut palvelut ja hyvä yhteistyösuhde sekä talous. Taulukossa 1 on esitetty eri voimavarojen ilmenemismuodot.

TAULUKKO 1. Toimintakyky voimavara -käsitteen avulla. (2007, Heinola & Luoma, 37.)

Voimavara	Miten ilmenee
Psyykkinen, henkinen ja fyysinen voimavara	Elämän hallinta, myönteinen elämänsäsenne, terveelliset elämäntavat, arvokkuuden kokemus, valmius oppia uutta, ottaa vastaa neuvontaa, hengellisyys, toimintakykyisyys, turvallisuus, terveys
Mielekäs tekeminen	Harrastukset, kotityöt, elämän haasteellisuus ja odotettavissa olevia tapahtumia
Ympäristö	Kodin toimivuus, liikkumisvapaus ja kodin lähiympäristö
Sosiaaliset suhteet	Ystävät, perhesuhteet, saatu ja annettu tuki
Omaiset, saadut palvelut ja hyvä yhteistyösuhde	Ympäri vuorokautinen kotihoito ja kuntoutus kotona, luottamuksellinen ja vuoropuheluun pohjautuva suhde kotihoidon työntekijään ja kuulluksi tuleminen
Talous	Taloudellinen turvallisuus, tulot, varallisuus

3.3 Toimintakykyä edistävän hoitotyön osa-alueet

Toimintakykyä edistävä hoitotyö voidaan kuvata prosessimaisena toimintana, jossa lähtökohtana ovat tarvelähtöisyys, tasavertaisuus ja tavoitteellisuus. Oleellista on hoitajan sitoutuminen toimintakykyä edistävään toimintaan. Prosessiin kuuluvat myös hoitotyön päätöksenteko sekä moniammatillinen yhteistyö.



KUVIO 5. Toimintakykyä edistävän hoitotyön osa-alueet (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 146).

Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohtana on gerontologiseen tietämykseen perustuvat ikääntymisen muutokset, hoitotyön tietoperusta sekä moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva tavoitteellinen, useasta vaiheesta muodostuva kuntoutumisprosessi. Tavoitteena on parhaan mahdollisen toi-

mintakyvyn tason palautuminen tai säilyminen sekä riskitekijöihin puuttuminen ja hyvän elämän saavuttaminen. Lisäksi tavoitteena on myös mahdollisimman hyvän itsenäisen selviytymisen avulla säilyttää ikääntyneen omanarvon tunne ja itsetunto. Kuntoutumisen tavoitteet ovat sidonnaisia siihen toimintaympäristöön, jossa kuntoutuminen tapahtuu. Ikääntyneen kuntoutujan toimintaympäristöt liittyvät pääasiassa kotihoitoon, sairaalahoitoon sekä ympärivuorokautiseen hoitoon liittyviin palveluihin. Kotihoidossa päätavoitteena on edesauttaa kotona asumista tukemalla ikääntyneen voimavaroja ja ennaltaehkäisemällä riskitekijöitä. Hoitotyön näkökulmasta tavoitteisiin pyritään ennaltaehkäisevällä, ylläpitävällä ja sopeutumista edistävällä kokonaisvaltaisella toiminnalla. Ikääntyneen selviytymistä ja sopeutumista sekä itsenäisyyttä tuetaan voimavaralähtöisellä, tavoitteellisella ja moniammatillisella toiminnalla siten, että samalla tunnistetaan ja puututaan myös riskitekijöihin, kuten esimerkiksi kaatumisen uhkaan, aliravitsemuksen riskitekijöihin, masennuksen riskiin ja iho-ongelmiin. Hoitajan toiminnan perustana on hoitotyön prosessin prosessiin perustuva hoitotyönsuunnitelma. Asiakaslähtöisen ja prosessimaisen lähentymistavan tulisi näkyä hoitotyön suunnitelman eri vaiheissa: tarpeen määrittämisessä, hoidon toteuttamisessa ja hoidon tulosten arvioinnissa (Routasalo & Lauri 2004, 207–215.)

3.4 Toimintakykyä edistävä hoitotyö tutkimusten mukaan

3.1.1 Ulkomailla tehtyjä tutkimuksia

Tanskalaistutkijat (Hansen ym.1992) tutkivat sairaanhoitajan ja lääkärin kotikäynnin vaikutusta vasta sairaalasta kotiutuneilla yli 75-vuotiailla, tutkimuskohteenä vanhainkotiin tai uudelleen sairaalaan joutuminen ja hoitopäivien määrä. Tutkimuksessa todettiin, että kotiutumispäivän jälkeisellä sairaanhoitajan ja kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen tapahtuvalla lääkärin käynnillä voitiin merkittävästi vähentää vanhainkotiin tai uudelleen sairaalaan joutumista. Sairaahoitajan käyntien tarkoitus oli tunnistaa ja ratkaista uusia kotitutumisen jälkeen ilmenneitä ongelmia.

Toljamon ym.(2005, 92) katsauksessa kuvataan kalifornialaista tutkimusta Fabacherin ym. (1994) tutkimusta, jossa tutkittiin turvallisuusriskiä kartoittavan hoitajan kotikäyntiä yli 70-vuotiaiden miesten keskuudessa. Tutkimuksessa todettiin, että turvallisuusriskejä kartoittava hoitajan kotikäynti paransi yli 70-vuotiaiden miesten rokotusmyönteisyyttä ja hidasti toimintakyvyn heikkene- mistä (Tojamo ym. 2005, 92).

1990- luvun lopulla toteutetussa australialaistutkimuksessa selvitettiin sairaanhoitajan kotikäyntien yhteydessä tekemän terveydentilan, sosiaalisen tilanteen ja kotiolosuhteiden arvioinnin vaikutuksia. Kohderyhmänä olivat yli 75-vuotiaat yksin asuvat. Päätulospuuttujina interventoryhmässä ja vertailuryhmässä olivat koettu terveys, selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa, psyykinen toimintakyky, depressio, kaatumiset ja laitoshoitoon joutuminen. Tulosten mukaan sairaanhoitajien tekemillä kotikäynneillä ei ollut vaikutusta päätulospuuttujiin, mutta interventoryhmään kuuluneet pärjäsivät paremmin koetun terveydentilan, depression määrän ja kaatumisten määrää arvioitaessa. (Toljamo ym. 2005, 98).

Toljamon systemaattisen kirjallisuuskatsauksessa läpikäytiin 14 tutkimusta, joista kuudesta niistä (Pathy ym. 1992, Faabacher ym. 1994, Tinetti ym. 1994, Stuck ym. 1995, van Haastregt ym. 2000, Stuck 2000) todettiin käyntien ja niiden interventioiden parantavan toimintakykyä ja hidastavan etenkin fyysisen toimintakyvyn laskua. Toimintakyvyn muutoksia arvioitiin ADL ja IADL mittareilla. Tutkimuksien mukaan iällä ei näyttäisi olevan yhteyttä siihen, miten ehkäisevät kotikäynnit vaikuttavat ikääntyneen toimintakykyyn. Tuloksiltaan myönteiset ja kielteiset jakautuivat varsin tasaisesti vanhempien ja nuorempien vanhusten ikäryhmiin. Tutkimusnäyttöä löytyy siitä, että kohderyhmän valinnalla on merkitystä. Myönteisiä vaikutuksia toimintakykyyn havaittiin tavallisemmin, kun kotikäynnit ja niihin liittyvät interventiot oli suunnattu riskiryhmille (ei kuitenkaan näissä tutkimuksissa sairaalasta kotiutuville), kun tehdään kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi ja kun käyntejä on enemmän kuin yksi.

Tyypillinen tapa toteuttaa kotihoidossa iäkkäiden toimintakykyyn kohdistuvia toimenpiteitä ovat niin kutsutut ennaltaehkäisevät kotikäynnit, nykyisin monissa kunnissa ne ovat muuttaneet nimeään terveyttä edistäviksi kotikäynneiksi. Toljamo ym.(2005) arvioivat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan ulkomaisten tutkimusten perusteella ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksia iäkkäiden toimintakykyyn. Yhteenvedona syntyi menetelmäarvio. Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä ja arvioida paras saatavilla oleva tieteellinen näyttö ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksesta 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien ihmisten toimintakykyyn, pitkäaikaiseen tai pysyvään laitoshoitoon joutumiseen, kuolleisuuteen ja hoidon kustannuksiin sekä eräisiin muihin tulosuuttuihin. Päätulokset olivat, että ehkäisevät kotikäynnit tukivat etenkin IADL-mittarilla (= Instrumental Activities of Daily Living. (IADL mittaa suoriutumista välineellisistä päivittäistoiminnoista kuten puhelimella soittoa) arvioidun sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä, jos ikääntyneen toimintakyky ei lähtötilanteessa ollut huono. Vaikutus fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tai parantamiseen sen sijaan ei saanut tukea varsinaisista mittauksista. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutusten arviointia toimintakykyyn heikentää se, että tutkimuksissa on harvoin mitattu lähtötilanteen toimintakykyä. Ehkäisevät kotikäynnit saattoivat vähentää tai siirtää myöhempään pitkäaikaiseen tai pysyvään laitoshoitoon joutumis-

ta. Tutkijat toteavat edelleen, että vuosina 1982–2001 tehdyt kansainväliset satunnaistetut vertailututkimukset eivät selvästi pysty osittamaan ehkäisevien kotikäyntien vaikutusta ikääntyneiden toimintakykyyn. (Toljamo ym. 2005, 87).

Toljamo ym. kirjallisuuskatsauksessaan raportoivat myös tutkijoiden mielenkiinnosta kustannustehokkuuteen. Esimerkiksi tanskalainen kolmen vuoden seurantatutkimus ei tuottanut näyttöä ehkäisevien kotikäyntien kustannustehokkuudesta. Sahlen ym. 2008 tekemässä ruotsalaisessa kontrollitutkimuksessa terveille 75 vuotta täyttäneille suunnatut kaksi ehkäisevää kotikäyntiä vuodessa kahden vuoden ajan osoittautuivat kustannustehokkaiksi kyseisessä ympäristössä. (Toljamo ym. 2005, 37.) Yhteenvedossa todetaan, että kustannusvaikutuksia on lähes mahdoton arvioida, koska interventioiden sisältö, kesto, ja kohderyhmät eroavat toisistaan ja kustannuksia on laskettu eri tavoin. Kotikäyntien ensisijainen tavoite ei liene kustannussäästö, vaan muunlaiset hyötyvaikutukset. Näitä hyötyvaikutuksia ovat mm. laitoshoidon myöhästyttäminen (voivat vähentää), 65 vuotta täyttäneiden kuolleisuuden vähentäminen (saattavat jonkin verran vähentää) ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön lisääntyminen (voivat lisätä).

Ehkäisevien kotikäyntien vaikutusta kaatumiseen arvioitaessa tutkijat löysivät kaksi hyvälaatuista tutkimusta, joissa oli kaatumisia vähentävä vaikutus ja vastaavasti löytyi myös 2 hyvälaatuista tutkimusta, jossa vaikutusta ei ollut. Tutkimuksiin sisältyi kaatumisen riskitekijöiden kartoitus, ennaltaehkäisevät toimenpiteet ja seuranta. Ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä voidaan vaikuttaa hyvinvointiin ja koettuun terveyteen, tutkimuksissa ei tullut esille kuitenkaan, että niillä olisi ollut vaikutusta elämän tyytyväisyyteen ja elämänlaatuun. Yksinäisyyden kokemiseen kotikäynnit voivat jonkin verran vaikuttaa. Subjektiiivista mielipidettä arvioitaessa ikääntyneet kokivat kotikäynnit tärkeinä ja suurin osa hyödyllisinä. (Toljamo 2005, 44–46).

Päivi Sanerma on 2009 tehnyt väitöskirjan aiheesta ”Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla”. Tutkimus on tehty Janakkalan kunnan kotihoidon henkilöstöstä vuosina 2000–2003, henkilöstöä oli kaikkiaan mukana 38. Väitöskirjassaan hän tuo esille tutkimustuloksia uusista toimintamalleista kotihoitoon. Hän mainitsee, että aikaisempien tutkimusten (esim. Niemelä 2006) mukaan voidaan todeta, että kotihoidon työskentelytapoja ei ole helppo muuttaa eikä niitä eikä niitä ole useinkaan muutettu. Sanerma viittaa myös Hyttisen ja Kangassalon (2002) tutkimuksiin, joissa esille tulivat kotihoidon henkilöstön voimakas kehittämishalukkuus, johon organisaatiot ovat huonosti kuitenkin tarttuneet. Kehittäminen oikeissa asioissa esim. toimintaympäristö, tilat, apuvälineet ja laitteet lisääisivät kotihoidon henkilöstön sekä vanhusten toimintakykyä ja hyvinvointia. Sanerman (2009, 6–7, 92, 244) tutkimuksessa kysyttäessä kotihoidon työntekijöiltä miten he haluisivat kotihoitoa kehittää, he vastasivat, että enemmän kotihoidon asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Sanerma toteaa, että muuttuvat toimintamallit voivat tarjota positiivisen oppimishaasteen työntekijöille, mutta jollekin se voi olla myös voimavaroja kuluttavaa. Tutkimustuloksena syntyi kehittämismalli kotihoitoon, joka korostaa jatkuvan keskustelufoorumin ylläpitämistä, johtamisen kehittämistä sekä jatkuvaa palaute- ja arviointiprosessia.

3.1.2 Kotimaiset selvitystyöt ja väitöskirjat

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 7.2.2006 professori Sirkka- Liisa Kivelän laatimaan ehdotukset niistä toimenpiteistä, joiden avulla geriatriasta hoitoa ja vanhustyötä voidaan laadullisesti kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Selvityksessään Kivelä otti kantaa myös ikäihmisten toimintakykyyn. Suomessa on tutkittu 1978–1980 Mini-Suomi tutkimuksen ja vuosina 2000–2001 suoritettun Terveys 2000- tutkimuksen tulosten vertailulla 65 – 74 vuotiaiden toimintakykyä. Tutkimuksissa on ilmennyt, että ko. ikäluokan toimintakyky on kokenut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Yli 85 – vuotiaiden toimintakyky sen sijaan on huonontunut. Koska iso osa 85- vuotta täyttäneistä sairastaa jotain pitkäkestoista sairautta ja on hoidon piirissä, havainto ei Kivelän mukaan viittaa vanhusten hyvään hoitoon ja kuntoutukseen maassamme. Kivelä jatkaa, että yksinäisyys, lievä masennus sekä niiden aiheuttama liikunnan puute, heikko ravinnonsaanti kuuluvat kodeissaan yksinasuvien iäkkäiden toimintakykyä heikentäviin tekijöihin. Kivelä suosittaa, että ikäihmisten toimintakykyä on arvioitava laajasti: fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen lähestymistavan mukaan. Ikäihmisen hoidossa *tulisi hoito- ja palvelusuunnitelman sijaan puhua palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta*. Selvityksessään Kivelä ottaa kantaa myös vanhustyön riittämättömään laatutyöhön, lääketieteellisen vanhustenhoidon, geriatrisen prevention ja kuntoutuksen osaajien riittämättömyyteen (Kivelä 2006, 21–22, 32).

Sosiaali- ja terveysministeriön Ikäneuvo- työryhmä (2009) valmisti ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämisestä. Työryhmä otti kantaa myös kotihoidossa työskentelevän henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Pääpaino on henkilöstön kehittämisessä. Kotihoidon henkilöstön, olisi tärkeää tunnistaa oma roolinsa hyvinvointia ja terveyttä edistävässä työssä sekä hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja. Terveysten edistämisen kotikäynneillä tarkoituksenmukaisia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon AMK -tasoiset koulutukset. Vastaavalla johtajalla olisi oltava riittävä tieto ikäihmisten hyvinvoinnin ja tervey-

den edistämisestä. Ikäneuvo työryhmä rohkaisee kuntia myös muiden kuin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten mukaan ottamista ikääntyneiden hyvinvoinnin edistämiseen. Avustavissa tehtävissä kuten ulkoilussa, päivittäisissä askareissa ja lukemisessa avustamisessa voidaan käyttää myös ammattilaisten kouluttamia ja perehdyttämiä henkilöitä. Olennaista on työntekijöiden myönteinen asennoituminen ja motivaatio ikäihmisten aktiivisuuden tukemiseen. (STM 2009, 24).

Valtioneuvoston tulevaisuusselonteon raportissa (VN 33/2004) on tutkittu HILMO -rekisteriä hyödyntäen säännölliseen kotihoidon käytön alkamiseen liittyviä tekijöitä vuosina 1998–2003. Tekijöitä etsittiin korrelaatioanalyysin avulla yksilöön ja hänen elinympäristöönsä liittyvistä kysyntätekijöistä. Tulosten mukaan korkea ikä, sairaudet ja toimintakyvyn vaikeudet, sosiaalisten suhteiden toimivuus, asunnon ja asuinympäristön esteettömyys sekä pitkät palveluetaisyydet liittyivät palvelujen käytön alkamiseen. Logistisen regressioanalyysin mukaan neljän ongelman kasautuminen (ruuanlaitto, pyykinpesu, siivous ja asiointi) kolminkertaistivat kotihoitoon siirtymisen todennäköisyyden yhden vuoden sisällä verrattuna näissä toimissaan itsenäisiin. Kotihoitoon siirryttiin keskimäärin 85-vuotiaana ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoitoon keskimäärin 86-vuotiaana. Vaarama (2004, 163–164) toteaa ”iäkkäämpienkin toimintakykyyn tukemiseen kannattaa panostaa, jotta he selviytyisivät mahdollisimman pitkään kotona”. Palvelujen käytön alkamista on mahdollista myöhentää myös asuntopolitiikan ja yhdyskuntasuunnittelun avulla.

Valtiontalouden tarkastusvirasto tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (Soukainen & Rintala 2010, 24–25) tarkasteltiin säännöllistä kotihoitoa. Tutkimuksen kohteena oli yhdeksän kuntaa ja yhtenä tarkastuskysymyksenä miten hoito- ja palvelusuunnitelma sekä kuntouttava työote toimivat. Esitettyjä kysymyksiä olivat muun muassa miten kuntouttavaa työtettä sovelletaan yksittäisissä palveluissa ja mitä kuntouttavan työotteen käyttö edellyttää asiakastyössä? Miten kunta on varmistanut, että kuntouttavaa työtettä sovelletaan myös ostopalveluissa ja palvelusetelillä tuotetuissa palveluissa? Millainen on hoito- ja palvelusuunnitelmapirosessi? Miten ikääntyneiden palvelutarvetta arvioi-

daan ja millaisia tavoitteita hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan? Tässä yhteydessä kysyttiin myös onko kotihoidolla kyetty ehkäisemään ikääntyneiden laitokseen siirtymistä. Aineisto kerättiin pääasiassa haastattelemalla, hoitoilmoitustietokannoista, talous- ja toimeenpanosuunnitelmista sekä ikästrategioista. Tarkastusviraston tuloksissa todetaan seuraavia merkillepantavia asioita:

- Palvelutarpeen arviointi vaihtelee kunnittain, yhtenäistä toimintakyvyn arviointimittaria tarvittaisiin. Rava ei ole paras mittari palvelutarpeen arviointiin, tulos jää liian pinnalliseksi, soveltuu parhaiten hoitoisuuden mittaamiseen eli hallinnollinen väline. Rinnalla tulisi käyttää jotain muuta mittaria.
- Hoito- ja palvelusuunnitelmien tavoitteiden kirjaamisessa paljon parantamisen varaa esimerkiksi ” edistetään kotona asumista ja pärjäämistä yhdessä omaisten kanssa mahdollisimman pitkään” todettiin, ettei näin laaja tavoite voi toimia konkreettisenä tavoitteena.
- Palvelutarvetta arvioitaessa on riskinä lääketieteellisen näkökulman korostuminen (erityisesti jos sairaanhoitajat arvioijina). Sosiaalihuollollinen (esim. yksinäisyys, turvattomuus) ja laaja näkökulma tarpeellinen.
- Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii työntekijöille luettelomaisena, määrällisenä ja kokoavana arjen asiakastyötä ohjaavana välineenä ja asiakkaalle annettavien palvelujen koontiasiakirjana. Vaikuttavuuden näkökulmasta niistä puuttuu olennaisin eli millä tavalla palvelut toteutetaan.
- Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteita ei osata kirjata asiakkaan voimavarojen ylläpitämisen näkökulmasta. Työntekijän on helpompi kirjata tavoite, jonka saavuttaminen on työntekijästä kiinni.
- Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa säädöksissä on annettu kunnille päätösvalta hoito- ja palvelusuunnitelman seurannasta ja päivityksestä. Monia tapoja: jos asiakkaalla kaikki hyvin ei tarkisteta, perustuu havaintoi-

hin tai asiakkaan kanssa käytyyn keskusteluun, tietojärjestelmä ilmoittaa tarpeesta, ei mitään järjestelmää, tehdään kolmen kuukauden välein, tehdään silloin, kun se töiden organisoinnin kannalta on helpointa, ei asiakaslähtöisyyden periaatteella

- Kotihoito ei ole kiinnostunut pelkkiä tukipalveluja saavista (hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei useinkaan ole, jos pelkkä tukipalveluasukas)
- RAI- arviointitulokset vuodelta 2009 osoittavat, että 90 kotihoidon asiakasta ei ole saanut kuntoutusta, vaikka heidän toimintakykynsä olisi mahdollistanut sen
- Kuntouttavan työotteen merkitys jää vähäiseksi. Ristiriita: miksi kuntouttavaa työtettä sovelletaan heikkokuntoisiin vanhuksiin, joiden kuntouttamien saattaa pitkässä juoksussa vapauttaa 5-10 min työntekijän aikaa, muttei vähennä käyntien määrää? (Vertaa kuntouttamisen kohdentaminen toimintakyvyltään heikentyneisiin, kriteereiden riittämättömyys). Kuntouttavan työotteen toteutumista ehkäisee eniten henkilöstön riittämättömyys.
- Palveluseteli toiminnassa kunta ei pysty arvioimaan kuntouttavan työotteen toteutumista. (Soukanen & Rintala 2010, 82–108, 118.)

Merja Tepponen (2009) tarkastelee väitöskirjassaan ”Kotihoidon integrointi ja laatu” kotihoidon palvelujen järjestämistä ja eri palveluiden yhteensovittamista. Tutkimuksessa on aineistona käytetty lakeja, aikaisempia tutkimuksia, politiikka-asiakirjoja, haastateltu 43 itäsuomalaista kotihoidon johtajaa sekä vertailtu kahden kaupungin kotihoitoa asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. Väitöskirjan tuloksena on syntynyt nk. hyvän kotihoidon malli. Mallin mukaan vanhusta tulee kohdella ympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokulttuurisena kokonaisuutena. Häntä on tuettava selviytymään kotona pitämällä yllä elämänlaatua ja vahvistamalla jäljellä olevia voimavaroja. Palvelut tulee eheyttää integroiduilla organisaatioilla, verkostoilla, sopimuskäytännöillä sekä moniammatillisella kuntouttavalla ja ennakoivalla työotteella. Kotihoitoa on johdettava ja toteutettava tavoitteiden ohjaamana ottamalla huomioon paikalliset olosuhteet ja monitoimijainen palvelujärjestelmä. Eri toimijoiden yhteistyöllä on luotava edellytykset sosiokulttuuriselle työille, kuten opinto- ja lukupiireille, muistelutyölle sekä taiteenharrastamiselle (Tepponen 2009: 165–167). Kuviossa (kuvio 6) selvitetään Tepposen hyvän kotihoidon malli:

Kotihoidon tavoitteet

Ikäihmisen kannalta

- Kotona asuminen mahdollisimman pitkään.
- Hyvä elämänlaatu.
- Tyytyväisyys elämään.
- Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpito.
- Hyvä koettu terveydentila.

Palvelujärjestelmän kannalta

- Kalliiden epätarkoituksenmukaisten hoitojen käytön ehkäisy.
- Kustannusvaikuttavuus ja kustannusten kasvun hillintä.
- Integroidut palvelut.

Kotihoidon toimintaperiaatteet

Ikäihmisen kannalta

- Asiakas- ja tarvelähtöisyys.
- Riittävyys.
- Itsemäärääminen, itsenäisyys.
- Osallisuus ja osallistuminen.
- Voimavara lähtöisyys.

Ikäihmisen ja palvelujärjestelmän kannalta

- Ennakoivat ja ehkäisevät työtoteet.
- Oikeudenmukainen saatavuus ja saavutettavuus.
- Eheä palvelukokonaisuus.
- Kohdentaminen ensisijaisesti eniten apua tarvitseville.

Kotihoidon ydintehtävät asiakasryhmittäin

<i>Omatoimiset iäkkäät ja kertaluontoiset asiakkuudet</i> Ennakoiva ja ehkäisevä kotihoito -Palveluohjaus. – Palvelutarpeen ennakointi. – Ehkäisevät kotikäynnit. – Ikä- tai seniorineuvolat.	<i>Vähän apua tarvitsevat iäkkäät ja lyhytaikaiset asiakkuudet</i> Yksittäiset palvelut ja tilapäinen kotihoito -Yksilökohtainen palveluohjaus. – Tukipalvelut: siivous-, turva- ja ateriapalvelut. – Päivätoiminta.	<i>Paljon apua tarvitsevat iäkkäät ja jatkuva asiakkuus</i> Jatkuva kotihoito Yksilökohtainen palveluohjaus. – Tukipalvelut. – Kodinhoitoapu. – Hoiva-apu päivittäisessä elä-mässä.	<i>Erittäin paljon apua tarvitsevat iäkkäät ja jatkuva asiakkuus</i> Tehostettu kotihoito Yksilökohtainen palveluohjaus ja tukipalvelujen, jatkuvan hoi-van ja hoidon lisäksi kotisai-raalahoitotai tehostettu kotisai-raanhoito ja tehostettu kuntou-
---	---	---	---

taulukko jatkuu

<ul style="list-style-type: none"> – Psykososiaalinen tuki. – Taloudellinen tuki. – Asunnon muutostyöt. – Vertaistukiryhmät. – Vapaaehtoistyö. – Kodin- ja puutarhan hoito. – Liikunta: fyysisen kunnon hoito, tasapaino- ja voimaharjoitukset, senioritanssit. – Kulttuuri-, taide- ja käsityöharastukset. – Harrastuspiirit ja kerhot, järjestö ja seurakuntatoiminta. 	<ul style="list-style-type: none"> – Muut harrastusryhmät. – Lääketieteelliset tutkimukset ja hoidot. – Kuntoutus. – Psykososiaalinen tuki. – Taloudellinen tuki. – Asunnon muutostyöt. – Liikunta: fyysisen kunnon hoito, tasapaino- ja voimaharjoitukset, senioritanssit. – Kulttuuri-, taide-, ja käsityöharastukset. – Vertaistukiryhmät. – Muu vapaaehtoistyö. – Järjestö- ja seurakuntatoiminta 	<ul style="list-style-type: none"> – Lääketieteelliset tutkimukset ja hoidot. – Päivätoiminta, toimintaryhmät. – Toimintakyvyn tuki ja kuntoutus. Psykososiaalinen tuki. – Taloudellinen tuki. – Mielekäs päivittäin tekeminen – Asuntojen muutostyöt. – Kulttuuriset työmuodot. – Liikunta: fyysisen kunnon hoito, tasapaino- ja voimaharjoitukset, – senioritanssit. – Kulttuuri-, taide- ja käsityöharastukset 	<ul style="list-style-type: none"> tus ja saattohoito Psykososiaalinen tuki. – Taloudellinen tuki. – Mielekäs tekeminen. – Kulttuuriset työmuodot. – Asunnon muutostyöt. – Liikunta, fyysisen kunnon hoito, tasapaino- ja voimaharjoitukset, – Senioritanssit. – Kulttuuri-,taide- ja käsityöharastukset.
---	--	---	---

taulukko jatkuu

Tulokset

<i>Kotihoitoasiakkaan kannalta</i>	<i>Järjestelmän ja yhteiskunnan kannalta</i>
Koettu hyvä elämänlaatu, tyytyväisyys elämään.	Kustannusvaikuttavat palvelut.
Fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen ja paraneminen.	Kustannusten kasvun hillintä.
Terveystilan säilyminen tai paraneminen.	Eheä eli integroitu palvelukokonaisuus.
	Hyvinvoivat työntekijät.

KUVIO 6. Hyvän kotihoidon malli (Tepponen, 2009).

Kuviossa 6 esitetty Tepposen ”Hyvän kotihoidon malli” sisältää siis kotihoidon tavoitteet, toimintaperiaatteet, ydinsisällön ja tulokset. Malli on saanut vaikutteita myös Marja Vaaraman sosiokulttuurisen kotihoidon toimintamallista. Vaaraman mallissa ihmisen tarpeiden tyydyttymisellä on yhteys hänen hyvinvointiinsa, elämänlaatuunsa, toimintakykyynsä, onnellisuuteensa ja terveyteensä (Tepponen 2009,168). Taulukossa 2 ovat koottuna keskeiset tutkimukset ja tutkimustulokset toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä kotihoidossa.

TAULUKKO 2. Tärkeimmät tutkimustulokset toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä kotihoidossa

Tutkimuksen kohde/ toiminnan muoto	Tärkein tutkimustulos/ suositus
Ennaltaehkäisevät kotikäynnit	Tukivat etenkin IADL mittarilla arvioituna arvioidun sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä, jos ikääntyneen toimintakyky ei lähtötilanteessa ollut huono.
Turvallisuusriskejä kartoittava hoitajan kotikäynti	Paransi yli 70-vuotiaiden miesten rokotusmyönteisyyttä ja hidasti toimintakyvyn heikkenemistä
Sairaanhoitajan kotikäynti (terveydentila, sosiaalisen tilanteen ja kotiolosuhteiden arviointi yli 75-vuotiaille yksin asuville	Interventioryhmään kuuluneet pärjäsivät paremmin koetun terveydentilan, depression määrän ja kaatumisten määrää arvioitaessa
Riskiryhmille suunnattu interventio	Myönteisiä vaikutuksia toimintakykyyn havaittiin tavallisemmin, kun kotikäynneillä tehdään kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi ja kun käyntejä on enemmän kuin yksi.
Sairaanhoitajan kotikäynti välittömästi kotiutumisen jälkeen ja lääkärin kotikäynti 2vkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen	Voitiin merkittävästi vähentää vanhainkotiin tai uudelleen sairaalaan joutumista.
Laitoshoidon myöhästyttäminen	Voivat vähentää
65-vuotta täyttäneiden kuolleisuuden vähentäminen	Saattavat jonkin verran vähentää
Sos.- ja terv. palvelujen käyttö	Voivat lisätä
Säännölliseen kotihoidon aloitus	Alkua voidaan myöhästyttää panostamalla ikääntyneiden elämänlaatuun, sairauksien hoitoon ja toimintakyvyn ylläpitoon.

taulukko jatkuu

Kotimaisten selvitystöiden tuloksia

(Kivelä 2006) Toimintakykyä heikentävät tekijät: Yksinasuvien iäkkäiden yksinäisyys, lievä masennus sekä niiden aiheuttama liikunnan puute

Toimintakykyä on arvioitava laajasti: fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen lähestymistavan mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman sijaan tulisi puhua palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta

Kotihoidon työntekijät/ kehittämistarpeet

Palveluja ikäihmisten tarpeita vastaavaksi

Ikäneuvo: Osaamisen kehittäminen, rohkaisu ulkoilu- ja lukemisapuun

Ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteet ja toiminnan sisältö

Monitoimijuus, paikalliset räätälöinnit, tavoitteellisuus, sopimuskäytännöt, kuntouttava- ja ennakoiva työote.

Kotihoidon integrointi ja laatu (Tepponen 2009)

Hoito- ja palvelusuunnitelmat(VTV 2010)

Palvelutarpeen arvoinnissa oltava laaja näkökulma, tavoitekonkretia, asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen

4 KEHITTÄMISSUUNNITELMAN TAVOITE

Tämän kehittämistyön tavoitteena on nostaa esiin keinoja, jolla voidaan edistää Pieksämäen kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä.

Kehittämissuunnitelmassa keskitytään seuraaviin osa-alueisiin:

1. Miten kotihoidon henkilöstö kokee omalla ammattitaidollaan pystyvänsä vaikuttamaan asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen?
2. Kuinka hoito- ja palvelusuunnitelmaa oli kehitettävä, jotta se vastaisi paremmin sille asetettuja tavoitteita?
3. Millaisia muutoksia kotihoidon organisaatio tarvitsisi nykytilanteessa?

Henkilökunnan näkemyksiä haluttiin alkutilanteen kartoittamiseksi. Henkilökunta oli tuonut esille, että toimintakyvyn edistäminen kotihoidon asiakkailla toteutuu vaihtelevasti.

Kotihoidon toimintaprosesseja kartoitettaessa kävi ilmi, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyi kehittämistoiveita. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet olivat liian laajoja ja abstrakteja, haluttiin konkreettisempia tavoitteita.

Kotihoidon nykyinen organisaatio oli muodostunut kuntaliitoksen ja sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisen jälkeen. Nyt oli aika tarkistaa vastaako kotihoidon organisaatio nykyisessä muodossaan kehittämistarpeita ja kuinka sitä tulisi muuttaa.

5 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

5.1 Lainsäädäntö koskien hoito- ja palvelusuunnitelmaa

Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisesta on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) todetaan, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus ja jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) 6§:ssä velvoitetaan kuntia asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen arvioimiseksi ja avun saannin turvaamiseksi yhdessä hänen kanssaan tarvittaessa laatimaan huoltosuunnitelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista annetun asetuksen (912/1992) 3§:n mukaan on palvelun käyttäjän kanssa laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma ja suunnitelman on sisällytettävä kotisairaanhoidon ja kotipalvelu, vaikka palvelujen tuottamisesta vastaisivat erikseen kunta ja kuntayhtymä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 4a§:ssä määrittelee, että terveyden- ja sairaanhoidon toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmeitä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa, läheisensä tai laillisen edustajansa kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (99/2001) määrittää potilasasiakirjojen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilytyksestä. (Heinola ym. 2007, 28.)

5.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite

Oikeanlaisella hoito- ja palvelusuunnitelmalla kohdennetaan kotihoidon palvelut oikein. Suunnitelman mukaisella valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin

ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa. Onnistunut hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan ja häntä hoitavien kanssa. (Sanerma 2009, 78.)

Palvelutarpeen arvioinnissa kirjattavia asioita ovat

- ikäihmisen itsensä ja/ tai omaisen esittämä palvelutarve
- ammattilaisen toteuttama toimintakyky- ja voimavara-arvio
- keskusteluun ja havainnointiin pohjautuva arvio
- kodin ja ympäristön esteettömyysarviointi.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa konsultoidaan tarpeen mukaan eri asiantuntijoita. Suunnitelma on keskeinen laadukkaan ammatillisen kotihoidon suunnittelun ja toteutuksen työväline. Sen avulla kotihoidon toteutukseen osallistuvat tietävät asiakkaan tarpeet ja palvelun tavoitteet myös työntekijöiden vaihtuessa, joten se toimii tiedon kanavana asiakkaan kulloisessakin tilanteessa. Suunnitelmaan kirjataan

- asiakkaan yksilölliset tavoitteet sairauksien hoidolle
- tavoitteet fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle ja elämänlaadulle
- keinot tavoitteiden toteutumiselle
- suunnitelma kuka ottaa päävastuun suunnitelman laatimisesta, toteutuksen seurannasta ja arvioinnista.

Asiakas voi antaa suostumuksena häntä koskevien tietojen luovuttamisesta tahoille, jotka tarvitsevat niitä palvelujen ja hoidon toteuttamiseksi ja jatkuvuuden turvaamiseksi. Asiakas allekirjoittaa suunnitelman. Asiakkaan tilanteen muuttuessa ja vähintään puolen vuoden välein suunnitelma päivitetään. (Heinola ym. 2007, 27.)

5.3 Hoito- ja palvelusuunnitelman laadun arvioinnin kriteerit

Hoito- ja palvelusuunnitelman pohjana on palvelutarpeen arviointi, jonka laatua voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä:

- Asiakas ja hänen niin halutessaan omainen tai läheinen osallistuu palvelutarpeen arviointiin
- Asiakkaan näkemys omasta palvelutarpeestaan otetaan huomioon
- Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja dokumentoidaan.
 - fyysinen: liikkuminen, ravitsemustila
 - kognitiivinen: esim. päättelykyky
 - psykkinen: esim. masennuksen esiintyminen
 - sosiaalinen: esim. yksinäisyyden esiintyminen
- Toimintakyvyn arviointiin käytetään tarkoituksenmukaisia fyysisen, psykkinen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittareita.

Kyseissä prosessissa kriteereitä ovat:

- Asiakkaan voimavarat arvioidaan ja dokumentoidaan
- Asiakas ohjataan tarvittaviin lisätutkimuksiin, lisäpalveluihin, ja etuuksien hakemiseen
- Omaisten osallistuminen hoivaan/hoitoon kartoitetaan ja dokumentoidaan
- Kotikäynneillä arvioidaan kodin esteettömyys ja apuvälinetarve ja ne dokumentoidaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatua voidaan arvioida seuraavilla kriteereillä:

- Suunnitelmassa on kerrottu selkeät tavoitteet palvelulle ja hoidolle fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi
- Keinot tavoitteiden saavuttamiseksi
- Tavoitteiden saavuttamisen arviointi

Hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään tarvittaessa asiakkaan tilanteen muuttuessa ja vähintään 6kk:n välein. (Heinola ym. 2007, 102–103.)

5.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma Pieksämäen kaupungin kotihoidossa

Pieksämäellä hoito- ja palvelusuunnitelman, (käsin kirjoitettavan version virallinen nimi, palvelu- ja hoitosuunnitelma, liite 1) laadintaan osallistuvat koko kotihoidon henkilöstö, kuitenkin useimmiten se on tiimivastaavan tehtävä. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan, omaisten tai muun asiakkaan tukihenkilön kanssa. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään uusille asiakkaille tai palvelutarpeen muuttuessa. Siihen kirjataan myös mistä päivästä alkaen suunnitelma on voimassa. Palvelutarpeen arvioinnissa apuna voidaan käyttää ensikäynti- haastattelupohjaa (Liite 5), yleensä haastattelu käydään ilman kaavaketta, koska palvelutarvearviota tekevät osaavat arvioida tilannetta tapauskohtaisesti ja selvittää tarvittavat asiat ulkomuistin varassa. Tavoitteena on raamittaa käyntien määrä, ajankohta, annetut palvelut, palvelu- ja hoitotarpeeseen johtaneet tekijät (avun tarve, tavoite, keinot, diagnoosit ja allergiat) sekä suunnitellut tukemiskeinot sekä kotihoidon yhteystiedot. Päihde- ja mielenterveyshoitajan aloitteesta suunnitelmaan on lisätty myös alkoholin ja päihteiden käyttöä koskeva kysymys.

Uuden asiakkaan aloittaessa kotihoidossa tehdään seuranta käyntien määrästä ja ajasta ennen varsinaisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista. Pe-

gasos – potilastietojärjestelmään tehdään myös hoito- ja palvelusuunnitelma (liite 2), joka toimii laskutuksen perusteena ja on avopalveluohjaajan tekemä viranhaltijapäätös, jonka asiakas allekirjoittaa. Pegasokselta tulostuva versio sisältää asiakastiedot, tietojen luovutusta koskevat tiedot, avainkoodin, talonmiehen tai huoltoyhtiön puhelinnumeron, terveydentilan ja allergiat. Myös ruokavalio, toimintakyky testin (Rava) tekopäivämäärä ja tekijän tiedot kirjataan. Siihen on koottu myös palvelun ja hoidon tarve, tukipalvelut sekä lainassa olevat apuvälineet. Liitteissä 3 ja 4 on esitetty kotihoidon asiakkuusprosessi ennen ko. prosessin muutosta.

5.5 Pieksämäen kaupungin kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman lähtötilanne

Koska kehittämistyössä tavoitteena oli luoda toimintakykyä edistävämpi malli kotihoitoon, kehittämistyön lähtökohdiksi asetettiin seuraavat asiat:

- Kehittämistyössä hyödynnetään asiaan liittyvä tuore tutkimustieto
- Kehittämistyöhön otetaan mukaan henkilökuntaa, jolloin varmistetaan kehittämissuunnitelman käytännön tavoitteet ja sen soveltuvuus Pieksämäen toimintatapaan ja organisaatioon
- Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee vastata organisaation tarpeita sekä voimavaralähtöistä, toimintakykyä tukevaa toimintamallia

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta sekä siihen liittyvistä prosesseista voitiin todeta:

- Asiakirjan nimi: Mitä halutaan painottaa: hoitoa, palvelua vai kuntoutusta, voimavaroja, toimintakykyä?
- Palvelu- ja hoitosuunnitelma ns. paperiversion rakenne: Asiakkaalle annettava versio on organisaatiolähtöinen: siinä kuvataan asiakkaalle *annettavat* palvelut, palvelee enemmän työsuo-

ritusten hallinnollista kirjaamista. Jos ensikäynnillä kartoitetaan palvelutarvetta laaja-alaisesti, pitäisikö voimavaralähtöinen tarkastelu olla myös palvelu- ja hoitosuunnitelman rakenteessa?

- Suunnitelmaan kirjataan avun/ tuen tarve, sen tavoite ja keino. Suunnitelmasta pitäisi löytyä myös *asiakkaan voimavarojen arviointi, niihin liittyvät tavoitteet sekä keinot*. Se ei välttämättä edellytä organisaation järjestämää palvelua, vaan se on esim. asiakkaalle annettava hoito-ohje tai yhdessä sovittu *toimintatapa*, joka kirjataan suunnitelmaan (esimerkiksi yhteiseen tilaan ruokailuun meno). *Osallisuus ja osallistuminen* puuttuvat: esim. mitä asiakkaan olisi hyvä tehdä itse toimintakyvyn edistämiseksi, elämänlaadun parantamiseksi, elämän tyytyväisyyden lisäämiseksi jne. Myös *omaisten tai muiden läheisten osallistuminen* pitäisi erottua dokumentoinnissa. Myös *kodin esteettömyys ja apuvälinetarve* tulisi dokumentoida. Suunnitelman arviointi jää hataraksi. Kuka tai *ketkä arvioivat* ja milloin?
- Pegasos- versio:
Mikä on Pegasos viranhaltijapäätöksen tavoite? Toimintakyky osio pohjautuu Rava- arvioon, joka painottuu fyysiseen puoleen. Miten muut toimintakyvyn alueet, pitäisikö niistäkin jotain kirjata? Vai onko Pegasos version tavoitteena enemmänkin kotihoidon kriteereiden täyttyminen?
- Hoito- ja palvelusuunnitelman taustalla on palvelutarpeen arviointi, jossa käytetään Rava ja tarvittaessa MMSE- mittaria sekä muita ammattiryhmäkohtaisia mittareita (esim. muistihoitajan GDS testit tai masennustestit). Asioita käydään läpi palvelutarvetta arvioitaessa, mutta niistä ”ei jää jälkeä” hoito- ja palvelusuunnitelmaan, Pegasos- versioon kirjataan Rava. Onko tarpeellista kirjata testituloksia hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja missä muodossa?
- Kirjaamisen monikertaisuus: käsin kirjoitettava versio ja Pegasosversio. Mobiiliaikaan siirryttäessä tiedot tulisi olla kirjattavissa Pegasokselle muotoon, josta ne voidaan tulostaa myös asiakkaalle. Voidaanko tiedot kirjata suoraan koneelle ja mihin ne on järkevää kirjata? Jos palveluntarve arvioidaan ja kirjataan Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, mitä kirjataan hoitotyönlehdelle, kotihoitolehdelle, kotisairaalalehdelle, kotisairaanhoitolehdelle?

Tavoitteena lehtien vähentäminen, esim. kotihoito- ja kotisairaanhoito lehtien yhdistäminen

- Pegasoksen näkymä kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmasta pitää olla hyödynnettävissä kaikissa ammattiryhmissä, myös osastoilla
- Hoito- ja palvelusuunnitelma ei saisi näyttää tekniseltä tempulta. Sovitut asiat pitäisi olla tulostettavassa asiakkaalle selkeässä muodossa ja suunnitelmassa pitäisi korostua tarve- ja asiakaslähtöisyys, voimavaralähtöisyys ja asiakkaan sitouttaminen.

6 KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA

Alkutilanteen selvittämiseksi henkilökunnalle tehtiin Webropol-kysely, johon vastasi 44 kotihoidon työntekijää. Kyselyssä oli 15 erilaista väittämää, joilla haluttiin selvittää henkilökunnan omaa arviota heidän mahdollisuuksistaan toteuttaa toimintakykyä edistävää toimintaa. Kyselyssä oli aluksi väittämiä kotihoidon perustehtävästä. Muut kysymykset koskivat toimintakyvyn edistämistä, koulutusta ja työkokemusta sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Henkilökunnalla oli mahdollisuus myös kirjoittaa vapaasti tekijöitä, jotka parhaiten tukevat tai vaikeuttavat asiakkaiden toimintakykyä sekä keinoja, joita työntekijät olivat käyttäneet asiakkaidensa toimintakyvyn edistämiseen. Kyselyn tulokset ja vapaat kommentit löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 6.

Vastaajista 27 oli perus- tai lähihoitajia, 11 sairaanhoitajaa, 5 kodinhoitajaa ja 1 kotiaavustaja. Kyselyssä oli väittämiä koskien hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä toimintakykyä edistävää toimintaa. Vastausmahdollisuuksia oli neljä ja ne olivat: ”täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin samaa mieltä. Väittämään ”Asiakkaat ovat mukana hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa” vastasi 33 täysin samaa mieltä ja 11 jokseenkin samaa mieltä. Kysyttäessä ”Mikäli asiakkaalla on ongelmia sosiaalisen toimintakyvyn alueella, löydän keinoja tai palveluja asian parantamiseksi” suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä, 22 vastaajaa, tai jokseenkin samaa mieltä, 17 vastaajaa. Jokseenkin eri mieltä vastaajista oli viisi. Fyysisen toimintakyvyn parantamiseksi vastaajista 37 koki löytävänsä keinoja ja palveluja, 7 heistä oli jokseenkin eri mieltä eli ei kokenut löytävänsä keinoja fyysisen toimintakyvyn parantamiseen. Väittämään ”Noudatan työssäni kuntouttavaa työotetta” vastaajista 20 oli täysin samaa mieltä ja 24 jokseenkin samaa mieltä. Kysyttäessä kongnition alueen toimintakykyä edistävän toiminnan mahdollisuuksista, vastaajista 3 ilmoitti, että oli jokseenkin eri mieltä keinojen löytämisessä. Väittämään ”Mikäli asiakkaalla on ongelmia psyykkisen toimintakyvyn alueella, minulla tarjota tai osaan ohjata asiakkaalle sopivia palveluja” vastaisi

täysin samaa mieltä 13 henkilöä, jokseenkin samaa mieltä 22 henkilöä ja vastaajista 9 ilmoitti olevansa jokseenkin eri mieltä asiasta.

Kyselyssä kysyttiin myös kuinka hyvin työntekijät kokivat oman koulutuksen ja työkokemuksen kautta valmiutensa havaita ja tehdä toimintakykyä edistäviä ratkaisuja työssään. Vastaukset jakaantuivat 20 täysin samaa mieltä, 21 jokseenkin samaa mieltä ja kolme vastaajista oli jokseenkin eri mieltä.

Väittämään ”Kotihoidossa on kotikuntoutusta varten fysioterapeutti ja kuntohoitaja. Pitäisikö mielestäsi asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen olla myös muita henkilöitä esimerkiksi lähihoitajia kotihoidossa?” vastaukset jakautuivat 22 täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä 15 ja jokseenkin eri mieltä seitsemän henkilöä.

Työntekijöitä kysyttäessä onko heillä riittävästi aikaa toimintakykyä edistävän työn tekemiseen, heistä kuusi oli samaa mieltä, 16 jokseenkin samaa mieltä ja 11 jokseenkin eri mieltä ja 11 täysin eri mieltä.

Väittämässä ”hoito- ja palvelusuunnitelma tukee asiakkaan toimintakyvyn edistämisen tavoitteita” vain kahdeksan oli samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä oli 27 ja jokseenkin eri mieltä 9 henkilöä.

Hoitajat saivat vapaasti vastata kolmeen kysymykseen, joissa kysyttiin mitkä tekijät parhaiten tukevat tai vaikeuttavat asiakkaiden toimintakykyä sekä keinoja, joita työntekijät olivat käyttäneet asiakkaidensa toimintakyvyn edistämiseen. Tukevat ja vaikeuttavat tekijät liittyivät hoitajan omaan toimintaan, asiakkaan motivaatioon, asumisympäristöön, omaisiin ja erilaisiin palveluihin. Vastauksissa oli myös ehdotus, että hoito- ja palvelusuunnitelma lisäksi olisi mielenterveysasiakkaille olisi hyvä tehdä kuntoutussuunnitelma. Taulukkoon 3 on koottu kysymysten 16–19 hoitajien kirjoittamia vastauksia.

TAULUKKO 3. ”Toimintakyvyn edistäminen henkilökunnan kokemana”- kyselyn vastaukset koottuna: kysymykset 16–19.

Mitkä asiat mielestäsi tukevat parhaiten asiakkaiden toimintakykyä?	Mitkä asiat mielestäsi vaikeuttavat eniten asiakkaiden toimintakyvyn edistämistä?	Millaisia keinoja tai palveluja olet käyttänyt asiakkaidesi toimintakyvyn edistämiseen? Vapaat kommentit
<p>Hoitajaan liittyvät tekijät: aika, omahoitajuus, ei tarjoilla ruokaa makuuhuoneeseen, luottamusta herättävä ammattitaitoinen hoitaja, huomioidaan turvattomuuteen liittyvä toimintakyvyn puute, motivoiva ja kannustava hoitaja, oma asenne kuntouttava, yhtenäinen toimintatapa</p> <p>Asiakkaaseen liittyvät tekijät: Asiakkaan omien toimintatapojen salliminen, pukeminen niin omatoimisesti kuin mahdollista, omaisten tuki, taloudellisten asioiden tasapaino, hyvä mieli ja ruokahalu, terveyteen liittyvät asiat kunnossa, pienikin tekeminen tekee hyvää</p> <p>Ympäristöön liittyvät tekijät: tarvittavat apuvälineet, turvallinen ja esteetön koti</p> <p>Palveluihin liittyvät tekijät: päivätoiminta, ulkoiluttaja, tilaisuudet, yksityiset palvelut, omaisten palkitseminen jos toteuttavat toimintakykyä edistävää toimintaa</p>	<p>Hoitajaan liittyvät tekijät: kiireiset ilta- ja viikonlopputyövuorot: tulee tehtyä puolesta, epäyhtenäisen tapa hoitaa asiakkaita, ei ole mahdollisuutta ulkoiluttaa asiakkaita, vanhat toimintatavat, ei voi pakottaa, koska toimitaan toisen kodissa, rohkeuden puute auttaa vaikeissa elämäntilanteissa olevia</p> <p>Asiakkaaseen liittyvät tekijät: asiakkaiden ja omaisten negatiivinen asenne, huono terveydellinen tilanne, yksinäisyys, halu saada palveluja, koska siitä maksaakin, hidas liikkuminen, huono kuulo, halutaan ”passaus-ta”, dementoituneisuus, tukiverkon puuttuminen</p> <p>Ympäristöön liittyvät tekijät: kotona liian pienet tilat</p>	<p>päivätoiminta, fysioterapeutin tai kuntohoitajan palvelut, ystäväpalvelu avustamaan omatoimista liikkumista, omaisten neuvonta, kuntouttavan työotteen toteutus, seurakunnan palvelut, ohjaaminen ryhmään, ulkoilemaan motivointi, moniammatilliset auttajatahot, tasapainoinen lääkitys, alkoholin käytön seuranta, ruokavalion tasapainottaminen, yhteiset lääkärireissut, jalkahoitaja, kampaaja, voimisteluhetket, apuvälinepalvelut, keskustelu ja yhteinen huumori, yhdessä yrittäminen, järjestetty virkistyspahtumia, kuljetetaan palvelujen äärelle, positiivisen palautteen antaminen, asiakkaan ohjaaminen palveluiden piiriin.</p> <p>Kehitysehdotuksia: tulevaisuudessa tarvitaan enemmän mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen, sairaanhoitajan työnkuvaa olisi tarkistettava, henkisen tuen tarve lisääntynyt: miten siihen vastataan, hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi kuntoutussuunnitelma</p>

7 KEHITTÄMISTYÖRYHMÄN TAPAAMISET

Kehittämistyöryhmään valittiin neljä kotisairaanhoidajaa, lähihoitaja ja fysioterapeutti. Kokoontumiskutsu lähetettiin myös kotihoidon lääkärille, fysioterapian osastonhoitajalle sekä Pegasos- pääkäyttäjälle. Poisjääneille lähetettiin muistio. Ensimmäisellä kokoontumiskerralla työryhmä sai tietoa ikäihmisten toimintakyky käsitteestä, siihen liittyvistä gerontologisista näkökulmista sekä toimintakykyä edistävistä hoitotyön osa-alueista. Työryhmässä käytiin läpi nykyisen hoito- ja palvelusuunnitelman kokonaisuus. Yhdessä todettiin, että kokonaisuus tarvitsi päivittämistä, lisäksi nimen muuttamiseen ja sisällön tarkasteluun katsottiin olevan tarvetta. Työntekijät toivat esille myös monia hoito- ja palvelusuunnitelma prosessiin liittyviä asioita mm. kirjaamisen moninaisuutta. Huoli esitettiin myös siitä, kuka toimintakykyä edistävää työtä kentällä ehtii teemmään, vaikka sitä kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvistä asioista käytiin vilkasta keskustelua ja keskustelu ajautui välillä myös aihealueen ulkopuolelle. Sovittiin, että työryhmän jäsenet laittaisivat viestiä hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvistä kehittämisajatuksista sähköpostilla. Liitteeseen 6 on koottu sähköpostilla saadut kehittämispalautteet. Kokoontumisessa tuotiin esille nykyisen hoito- ja palvelusuunnitelman hyvät puolet: esim. käsin kirjattavaa viikko- ohjelmaa pidettiin näppäränä, tosin joidenkin mielestä se oli sekava. Tuli myös esille, että työntekijöiden mukaan ei tarvitsisi muuttaa mitään, koska nykyinen toimintatapa tuntui helpolle.

Työryhmä järjesti yhden kokoontumisen, jossa mukana oli Pegasos- potilastietojärjestelmän toimittajan Logican edustaja. Työryhmässä haluttiin tietää, kuinka käytettävissä oleva hoito- ja palvelusuunnitelma saataisiin toimivamaksi. Edustaja kertoi, että heillä on suunnitelmissa kehittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa tulevaisuudessa niin, että rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton myötä tiedot tullevat siirtymään näppärämmin hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Logican edustaja pyysi kirjaamaan kehittämistoiveita koskien ohjelmaa. Logican edustajan kanssa käytiin myös muita asioita läpi kuten hankittavaksi aiot-

tua toiminnanohjausjärjestelmää sekä Mobiili -laitteita. Logican edustaja kertoi myös muilla paikkakunnilla mm. Kuopiossa meneillään olevista kehittämissuunnitelmista. Todettiin, että tässä vaiheessa Logica ei lähde muuttamaan nykyisiä kotihoidon osuuksia potilastietojärjestelmässä, koska voimavarat ja odotukset kohdentuvat rakenteisen hoitotyön kirjaamiseen.

Logican potilastietojärjestelmän kotihoito- osioon listattiin seuraavia toivomuksia:

1. Nykyinen hoito- ja palvelusuunnitelma on hyvin ongelmakeskeinen. Palvelutarpeenarviointiin tulisi olla käytettävissä strukturoitu lomake, jonka tiedot siirtyisivät suoraan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Esim. effica järjestelmässä on taustalla voimavarakartoituslomake, jonka yhteenveto on hoito-ja palvelusuunnitelman ensisivu.
2. Toimintakyky testeille on hoito- ja palvelusuunnitelmassa varattu oma kohdansa. Testitulokset eivät siirry hoito- ja palvelusuunnitelmaan (esim. Rava) eivätkä tulostu.
3. Kotihoitoon on tulossa toiminnanohjausjärjestelmä sekä kotihoidon työntekijöille kannettavat tietokoneet ja/tai mobiililaitteet. Mobiililaitteelle on asiakkaan perustietojen lisäksi siirryttävä kotihoidon tehtävät. Kotihoidon kuntouttavan hoitosuunnitelman tärkeimmät kohdat pitäisi näkyä myös mobilissa.
4. Toimintakykyosio vaatii oman lehden, joka tulostetaan nykyisen hoito-ja palvelusuunnitelman liitteeksi. Lisäksi paperiversiosta pääsemiseksi todettiin, että viikko-ohjelma voitiin tulostaa, jolloin kasinkirjoitettavista versioista voitaisiin luopua. Uusi lehti sai nimekseen Kuntouttava hoitosuunnitelma. Lehden tavoitteena on koota asiakkaan kannalta tärkeät fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/ tai sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen kannalta merkitykselliset asiat. Se toimii tiedonvälittäjän ammattilaisten välillä sekä myös paperina, jossa esim. omaisten tai lähimmäisten kanssa tehty sopimus esim. ulkoiluttamisesta

kirjataan. Siihen kirjataan myös muiden palveluntuottajien kanssa sovittuja asioita.

Kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan kirjataan:

1. Taustatiedot: Lyhyt kuvaus asiakkaan tämän hetkisestä elämäntilanteesta ja arjesta

2. Kuntouttavaan työhön liittyvät konkreettiset tavoitteet. Tavoitteet kirjataan FinCC (Finnish Care Classification) luokituksen mallia noudattaen. Tavoitteet kuvataan asiakaslähtöisesti verbein: tekee, kokee, tuntee, hallitsee, ymmärtää, kykenee, pystyy, oppii. Tavoitteita voivat olla esimerkiksi kuinka pystyy kävelemään WC-tilaan, pystyykö aukaisemaan oven, jaksaako käydä esim. seurakunnan tilaisuudessa kerran viikossa kodin ulkopuolella, yksinäisyyden tunteen vähentyminen, lehtien lukemisen mahdollistuminen jne. Tavoitteet olisi oltava asiakaslähtöisiä eli niiden tulisi vastata asiakkaan todellisiin tarpeisiin. Tavoitteet kirjataan yksilöllisesti sairauden tuomien tavoitteiden mukaisena, esimerkkinä virtsanpidätyskyvyttömyys: ”virtsanpäästämisen ei rajoita sosiaalista elämää, oppii vaihtamaan vaipan itse, iho pysyy eheänä, kokee olonsa kuivaksi”. Tavoitteet kuvataan realistisesti: ei liian matalia tai korkeita tavoitteita. Tavoitteena voi olla myös tilan pysyminen ennallaan. Ilmaistaan selkeästi, konkreettisella tavalla. Hyvin asetettu tavoite sisältää aika- ja määräälöytävyyden. Tavoite kuvataan esimerkiksi näin: ”Asiakas syö vähintään puolet joka ruokailussa. Kiinnitetään huomiota ettei piilota ruokaa, aamuverensokerin tasoittuminen viikon kuluessa tasolle 6-7”.

Kuntoutussuunnitelma keskustelussa tilaisuuden vetäjän eli palvelutarpeenarvioitsijan on varattava tarpeeksi aikaa, jotta hän saa selvitettyksi asiakkaan kiinnostuksen kohteet. Jokaiselle asiakkaalle tehdään kuntouttava hoitosuunnitelma.

3. Keinot tavoitteiden toteutumiseksi: Keinot kuvataan selkeästi ja konkreettisesti. Keinujen valinnassa huomioidaan hoitotyön periaatteet. Omatoimisuutta, osallistumista tukevia, kokonaisvaltaisia, turvallisia & yksilöllisiä resursseja

huomioiden, apuvälineet huomioiden, voimavarat ja itsehoitokyky. Esim. "Ohjataan päivittäisen hygienian huolehtimiseen ja avustetaan intiimihygienian huolehtimiseen". Keinoja voivat olla päivätoimintaan osallistuminen, yksilöllinen kotivoimisteluohjelma, Neuvokas- toimintakeskuksesta esim. ystävän etsiminen, ulkoilutusavustajan etsiminen, kotiapua tarjoavan yrityksen palvelun käyttäminen esim. leipominen kerran viikossa, sopimus omaisen avustamasta vierailukäynnistä ystävän/ sukulaisen luona jne. Keinojen etsimisessä pyritään saamaan aikaan vilkas keskustelu ja keinoissa tulee hyväksyä varsin luovakin ratkaisut. Mikäli keinoissa tarvitaan kotihoidon apua, kirjataan mitä tehdään ja myös yksityiskohtaisempi kuvaus tarvittaessa. Tällä pyritään turvaamaan myös kotihoidon tasalaatuisuutta. Esim. asiakas on mukana puuron keitossa jollain tavalla.

4. Arviointi: Suunnitelma arvioidaan puolen vuoden välein. Kohtaan kirjataan myös vastuuhenkilö, joka varmistaa arvioinnin tekemisen. Arviointia voidaan tehdä myös lyhyemmälle aikavälille esim. sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Kuntoutussuunnitelman tekemistä varten tehtiin kuntoutussuunnitelman laatimisohje, joka on liitteessä 7.

8 KOTIHOIDON ORGANISAATION KESKEISET MUUTOKSET

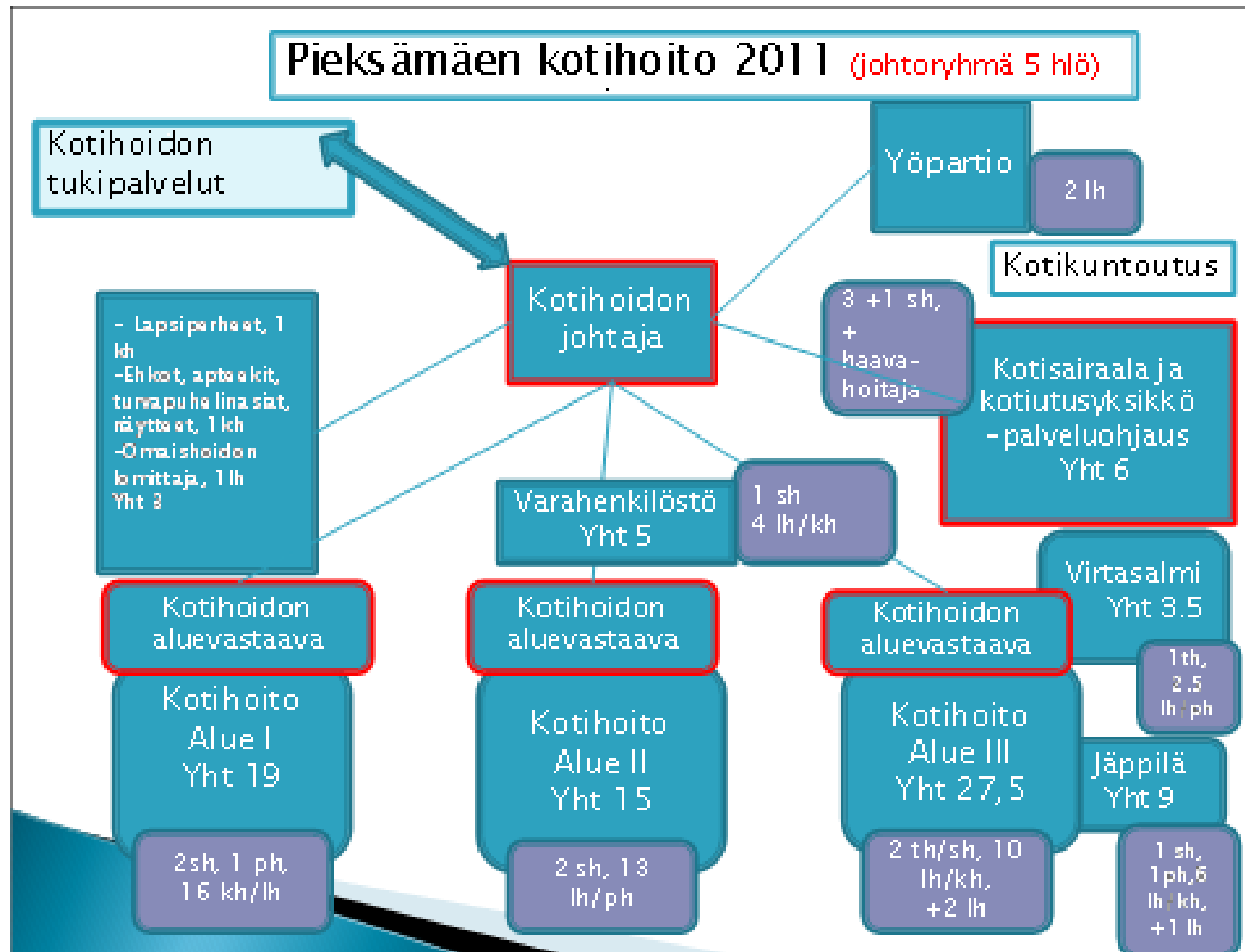
Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuusraportissa todetta, että kotihoito määritelmänä mielletään yleensä kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen yhdistelmäksi. Käytännössä kunnat ovat päättävät itse, mitä kotipalveluja ja kotisairaanhoidon palveluja he yhdistävät keskenään. Tarkastusvirasto katsookin, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi määritellä tarkemmin, mitä kotihoidolla tarkoitetaan. Asia on tärkeä myös tilastoinnin ja sen tulkinnan kannalta (Soukanen ym. 2010, 117).

Pieksämäellä kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat toimineet yhdistyneenä neljä vuotta. Tuona aikana kotihoito on hakenut toimintamuotoaan. Tiimejä on yhdistelty, eri työntekijänimikkeillä on ollut tietyt tehtävät ja erityisosaamistakin on kehitetty muun muassa on palkattu fysioterapeutti kotihoitoon. Sairaanhoidajan osaamista on parannettu haavahoidossa sekä päihde- ja mielenterveysasioissa. Samaan aikaan kotihoitoon on kohdistunut haasteita muun muassa laitospaikkojen vähentämisen seurauksena. Kuntatalouden yleinen tila on vaatinut myös pohtimaan kustannussäästöjä.

Tämä uusi organisaatiomalli on syntynyt virtuaalinen tutkimus- ja mallinussympäristöhankkeen aikana, ja tavoitteena on ollut toimintojen tehostaminen ja johtamisen järkevöittäminen kotihoidossa. Merkittävimpinä uudistuksina ovat 28.3.2011 perusturvalautakunnassa hyväksytyt muutokset kotihoidon johtajan viran perustamisesta ja entisten kotihoidon ohjaajien nimikkeen muuttaminen aluevastaavien tehtävänimikkeiksi. Tehostetun kotisairaanhoidon nimi muutettiin kotisairaalaksi, jonka yhteyteen perustettiin myös kotiutusyksikkö vastaamaan kotiuttamiseen liittyvistä toiminnoista. Kotiutusyksikössä jatkossa toimivat palveluarvioijat, jolloin kotihoidon asiakkaaksi tulemisen prosessi tehostuu sekä esim. kotihoitoon asiakkaaksi tulemisen kriteerien tulkinta yhdenmukaistuu. Lisäksi palveluohjaus / palveluarviointi toiminnalla voidaan ko-

tihoitotyötä tekevien palveluaikaa asiakkaille lisätä sekä rauhoittaa esim. puhelinliikenteeltä.

KUVIO 7. Kotihoidon uusi organisaatio



Kuviossa 7 on esitetty ehdotelma uudesta organisaatiosta. Punaisella ympäröidyt ovat uusia nimikkeitä. Keväällä 2011 aloitettiin kotiutusyksikön suunnittelupalaverit, joissa mukana olivat myös kotiutusyksikön rajapinnassa toimineet eli SAS-hoitaja, sosiaalityöntekijät sekä osaston henkilökuntaa. Organisaation muutosvaiheessa haluttiin kehittämistyöhön sitouttaa myös rajapinnan työntekijöitä, koska heillä oli näkemyksiä nykyisen toiminnan heikkouksista ja uudistamistarpeista.

Kotihoidon johtaja valittiin toukokuussa 2011 ja hän aloittaa työnsä elokuulla. Kotihoidon yksiköllä on jatkossakin oma budjetti, jossa budjettivastaavana toimii kotihoidon johtaja. Kotihoidon johtajalla on jatkossa oltava kokonaiskäsitys organisaation kuuluvista tehtävistä ja niiden kehittämisestä.

Kotihoidon aluevastaavien työnkuvaa tullaan määrittelemään viimeistään syksyllä. Uuden johtajan on tarkoitus olla työnkuvien määrittelyssä tiiviisti mukana. Aluevastaavat toimivat jatkossa kiinteästi oman alueensa esimiehenä. Alustavaa keskustelua käytiin myös siitä, olisiko kullakin aluevastaavalla niin kutsuttu osabudjettivastuu, jolloin kunkin alueen vastuu kustannusten hallinnasta olisi parempaa. Toisaalta tavoitteena oli lähentää alueiden toiminnallista yhteistyötä ja toimintatapoja, joten kilpailua tai raja-aitoja alueiden välille ei saa muodostua.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TOIMENPIDE- EHDOTUKSET

9.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Kehittämishankkeeni tavoitteena oli nostaa esiin keinoja, jolla voitaisiin edistää Pieksämäen kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä. Toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohtana on toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma. Sen tekemiseen tarvitaan tietoa ikääntymisen aiheuttamista muutoksista, hoitotyön tietoperustasta sekä kuntoutumisprosessista, jonka tavoitteena on toimintakyvyn tason palautuminen tai säilyminen, riskitekijöihin puuttuminen sekä itsenäisen selviytymisen tukeminen.

Sirkka-Liisa Kivelä suosittaa muuttamaan hoito- ja palvelusuunnitelman hoito, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaksi. Tämä toteutuu Pieksämäellä niin, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa täydennetään kuntoutussuunnitelmalla. Hoito- ja palvelusuunnitelma lisättynä kuntouttavalla hoitosuunnitelmalla vastaavat paremmin sille asetettuja tavoitteita ja laadullisen arvioinnin kriteerejä, joita hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöstä on suositeltu (vrt. sivut 41–43).

Toimintakykyä edistävän hoitotyön osa-alueet ovat: tarvelähtöisyys, tasavertaisuus ja tavoitteellisuus, hoitajan sitoutuminen toimintakykyä edistävään työtapaan, hoitotyön päätöksenteko sekä moniammatillinen yhteistyö (Voutilainen ym. 2008). Nykyinen hoito- ja palvelusuunnitelma täydennettynä kuntouttavalla hoitosuunnitelmalla mahdollistavat ainakin teoriassa paremman toimintakykyä edistävän hoitotyön suunnittelun. Tässä kehittämistyössä toteutetun kyselyn mukaan myös henkilökunta ehdotti hoito- ja palvelusuunnitelmaan lisättäväksi kuntouttavan hoitosuunnitelman.

Kuntouttavan hoitosuunnitelman tarkoituksena on ymmärtää ja analysoida iäkkään arkitilannetta. Kun suunnitelmaan kirjataan henkilön motivaatio, tiedot

ja taidot sekä ruumiilliset kykenemiset, vaihtoehdot sekä esteet ja rajoitukset, voidaan toteuttaa Jyrkämän (2008) toimijuuden viitekehystä. Tällöin kotihoidon asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja jäljellä olevan toimintakyvyn vahvistamiseksi voidaan ryhtyä toimimaan.

Kuntouttavan hoitosuunnitelman huolellinen laadinta, oikeiden tavoitteiden asettaminen ja asiakaslähtöisten keinojen löytyminen johtavat toteutuessaan Tepposen (2009) hyvän kotihoidon mallin tuloksiin. Tuloksia odotetaan kotihoitoasiakkaan, järjestelmän ja yhteiskunnan kannalta. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on tarpeellista hyödyntää moniammatillista osaamista kuten fysioterapeutin, muistihoitajan tai päihde- ja mielenterveysasioihin perehtyneen sairaanhoitajan osaaminen. Muut resurssit kuten omaiset, ystävät, naapurit ja muut tukiverkko on tärkeää muistaa. Kuntouttava hoitosuunnitelma toimii myös yhteisenä sopimuksena työntekijöiden, omaisten tai muiden palveluntuottajien välillä. Tällöin myös mahdollisuudet integroida eli eheyttää kotihoitoa paranevat.

Kivelä (2006) ja valtion tarkastusviraston tuloksellisuuskertomus esittävät huolen kunnan kotihoidon kuntouttavan henkilökunnan riittämättömyydestä. Kotihoidon tehtäväkenttää on uudelleen arvioitava esimerkiksi siirtämällä mekaanisia tehtäviä kuten lääkejakoa koneelliseksi, jotta resursseja saadaan kuntouttavaan työhön. Avustavia tehtäviä kuten ulkoilua, päivittäisissä askareissa ja lukemisessa avustamisessa ynnä muissa voidaan käyttää myös ammattilaisten kouluttamia ja perehdyttämiä vapaaehtoistyöntekijöitä.

Tutkimusten perustella ei voida varmuudella sanoa, millaista toimintakyvyn edistämisen hoitotyötä kannattaa tehdä. Näyttöä on kuitenkin toimintakykyä edistävien interventtioiden suuntaamisesta riskiryhmille, kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin käytöstä ja useammasta käynnistä asiakkaalla. Mikäli lähtötaso ei ole huono, sosiaalinen toimintakyky voi pysyä ennallaan välillisellä päivittäistoimintakykymittarilla arvioituna. Tutkimustuloksia kustannustehokkuudesta on vähän, mutta kotikäynneillä voidaan vaikuttaa koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Asiakkaat kokevat kotikäynnit tärkeiksi ja suurin osa hyö-

dyllisiksi. Kotikäynnit voivat myöhästyttää laitoshoidon tarvetta. Tarvitsemme lisää tutkimustuloksia siitä, kenelle kuntouttavia toimenpiteitä on hyödyllistä suunnata. Kuitenkin asiakkaan kokiessa kuntouttavat toimenpiteet mieluisaksi, voidaan olettaa hänen hyvinvointinsa lisääntyvän ja esimerkiksi kotona asuminen on hänelle mielekkäämpää.

Kuntouttava hoitosuunnitelma on hoitotyön uusi työväline, jonka käyttöä täytyy harjoitella. Kuntouttavan hoitosuunnitelman laatimiseksi on annettu ohjeet työn helpottumiseksi. Uuden työmenetelmän käyttö vaatii harjoittelua ja opettelua, tavoitteena on sen muodostuminen rutiiniksi vähitellen. Kuntouttavan hoitosuunnitelman laadinnan varmistamiseksi on esimerkiksi aluevastaavien pidettävä huolta siitä, että suunnitelma muodostuu rutiiniksi.

Kehittämistyöryhmäläiset toivat esille tapauksia, joissa asiakkaita on kuntoutunut. Alkukyselyssä tuli myös esille hoitajien innokkuus kuntouttavaan hoitotyöhön. Työntekijöiden innostusta tulee hyödyntää jatkossakin ja mahdollistaa kuntouttavan hoitotyön tekeminen muun muassa resursseja mietittäessä.

Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia järjestämään palveluja, jotka keskittyvät toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuviin ongelmien tunnistamiseen ja niihin liittyvään varhaiseen tukeen. Hoito- ja palvelusuunnitelma lisättynä kuntoutussuunnitelmalla tarjoaa mahdollisuuden arvioida toimintakykyä sekä annetun hoidon tuloksellisuutta. Saavutetut tavoitteet antavat työntekijälle kanavan raportoida onnistumisestaan.

Tässä kehittämistyössä menetelmänä käytettiin kehittämistyöryhmää. Menetelmä osoittautui toimivaksi, koska työntekijät olivat tämäntyyppisen toimintaan tottuneet. Lisäksi se oli luonteva tapa saada työyhteisö kehittämiseen mukaan. Menetelmä vaatii vetäjältä paneutumista asiaan sekä muutosjohtamisenkin kykyä, koska totuttujen toimintatapojen muuttamista ei työyhteisössä välttämättä ole koettu tarpeelliseksi. Tässä tapauksessa tosin työntekijöiltäkin oli tullut toivetta muuttaa hoito- ja palvelusuunnitelma ajanmukaisemmaksi.

Työryhmätapaamisissa osallistuvien henkilöiden määrä vaihteli, koska lommat ym. poissaolot eivät mahdollistaneet kaikkien kutsuttujen paikalle pääsyä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman nykyinen rakenne vaatii tarkastelua rakenteeseen kirjaamiseen siirryttäessä. Hyviä malleja kuntouttavan hoitosuunnitelman laadintaan kannattaa jatkossa myös etsiä. Jossain vaiheessa hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman rakennetta tullaan ohjeistamaan paremmin kuntien käytänteiden yhdenmukaistamiseksi.

9.2 Kotihoidon organisaation muutokset

Pieksämäen kotihoitoa johdetaan ja toteutetaan tavoitteiden ohjaamana ottamalla huomioon paikalliset olosuhteet ja monitoimijainen palvelujärjestelmä. Kotihoidon palveluja tuottavat kaupungin lisäksi yksityiset palveluntuottajat. Kotihoidon asiakkaat saavat palveluja myös kolmannen sektorin toimijoilta.

Eri toimijoiden yhteistyöllä on luotava edellytykset sosiokulttuuriselle työlle, joka tuo kotihoidon palvelutoimintaan uudenlaista virkistävää ja kuntouttavaa toimintaa kuten erilaisia kokoontumisia, jotka mahdollistavat osallistumisen, harrastamisen tai muistelemisen. Arjen toiminta on tärkeää. Toimintakykyä edistävien toimintojen käynnistymiseksi tarvitaan kumppaneita kuten omaisia, ystäviä, naapureita tai vapaaehtoistyöntekijöitä kuljettamiseen ja ulkoiluttamiseen.

Kotihoidon henkilöstö haluaa kehittää kotihoitoa enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan riittäviä resursseja ja niiden tarkoituksenmukaista kohdentamista. Kotihoidon organisaation muutokset on tehty vastaamaan tähän haasteeseen. Palveluohjaus koituu asiakkaan hyödyksi. Palveluohjaustilanne rauhoitetaan juuri tätä asiakkaan tarvetta varten. Myös työntekijät hyötyvät: hoitotyötä tekeville vapautuu aikaa asiakastyöhön, kun esimerkiksi uusien asiakkaiden puhelut ohjautuvat palveluohjaajille. Keskittyneen palveluohjauksen myötä tavoiteltu asiakkaan sama palveluaika

hoidollisissa tehtävissä lisääntyy, koska palveluohjaukseen on omat henkilönsä eikä sitä tarvitse tehdä oman työn ohessa. Palveluohjauksen keskittymisen synnyttää myös uudenlaista osaamista tehtävään suunnitellun koulutuksen ansiosta. Parhaimmillaan palveluohjaajat voivat keskittyä kokoamaan asiakkaiden tarpeita ja tuomaan esimerkiksi yrittäjille vinkkejä erilaisista palveluiden tarpeista. Viimekädessä toiminta koituu myös asiakkaan parhaaksi mahdollisten uusien palvelumuotojen kautta.

Kotiutusyksikkö voi keskittyä kehittämään kotiuttamiseen liittyvää työtä ja sen prosesseja. Kotiutusyksiköstä hyötyvät erityisesti jatkohoitoon lähettävät tahot kuten terveyskeskusosastot ja keskussairaalat. Kotiutusyksikön ”kylkeen” uudessa organisaatiossa on liitetty kotikuntoutus. Ideaalitulanteessa kotiutusyksikkö ottaa kuntoutushenkilökuntaa mukaan jo ensikäynnille esim. sairaalavaiheen jälkeen. Yhdessä laadittu hoitosuunnitelma sitouttaa toimijat paremmin tavoitteeseen. Erityistyöntekijöiden asemaa koko organisaatiossa onkin syytä miettiä asiakaslähtöisesti, ei organisaatiolähtöisesti.

Valtakunnallisten linjausten mukaisesti palvelu lähtee asiakkaan ikääntymisen ja sen vaikutusten ymmärtämisestä sekä huomioimisesta. Rakenteet ja prosessit tukevat ikääntymistä, toimintakykyä ja asiakkaiden elämänlaatua. Ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämisestä edellyttävät siten vastaavalta johtajalta riittävää tietoa ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveydenedistämisestä. Kotihoidossa työskentelevän henkilöstön osaamisen kehittämiseen on syytä paneutua huolella ja pitkäjänteisesti. Niin työntekijöiden kuin johtajienkin on tärkeää tunnistaa oma roolinsa hyvinvointia ja terveyttä edistävässä työssä. Vaikuttavuus on yhteydessä resurssien tarkoituksenmukaiseen käyttöön, kustannuksiin ja hoidettavien elämänlaatuun. Johdon sitoutuneisuus toimintakykyä edistävään hoitotyöhön motivoi henkilöstöä ikäihmisten aktiivisuuden tukemiseen. Mikäli kotihoidon henkilöstön toivotaan tekevän toimintakykyä edistävää hoitotyötä, siihen liittyvää koulutusta on järjestettävä säännöllisesti.

Kehittämistyön tapaamiset päättyivät kevääseen 2011 ja uuden organisaation käynnistyminen oli tulossa syksyllä (uusi organisaatio malli kuviossa 7). Hankkeen aikana ei ollut varmuutta halukkuudesta työskennellä kotiutusyksikössä, jossa palvelunohjaajat toimisivat. Vaihtoehtona on järjestää palvelunohjaajat kotiutusyksikköön tänä vuonna muuttamalla kotihoidossa vapautuvien sairaanhoitajan toimien työnkuvaa. Uuden kotihoidon organisaation haasteet kohdistuvat kotiutusyksikön ja palvelunohjaajan (sairaanhoitajien) työnkuvan kehittämiseen. Jatkossa sairaanhoitajan työ on enemmän konsulttimaisempaa, ohjausta ja neuvontaa. Mahdollisuudet kehittää toimintakykyä edistävää hoitotyötä paranevat.

Kotihoidon johtaja asettuu uuteen organisaatioon, jossa on tehty toimenkuva- ja tehtävämuutoksia. Tulossa on kotiutusyksikkö, avopalvelunohjaajien nimikkeet oli muutettu kotihoidon aluevastaaviksi ja kotisairaala ja kotiutusyksikkö muodostivat yhden kokonaisuuden. Kotihoitoon on tulossa myös toiminnanohjausjärjestelmä sekä mobiililaitteet. Organisaatio muutos tehtiin, koska haluttiin järkevöittää organisaatio ja parantaa organisaation mahdollisuuksia vastata ajan haasteisiin. Palvelutarpeen arviointia koskien uusia asiakkaita keskitettiin palvelunohjaajille, jolloin olettavasti ”portinvartijuus” tulee tasalaatuisemmaksi, jolloin myös asiakkaiden tasavertaisuus palvelujen suhteen paranee. Avopalvelunohjaajien nimikkeet muutettiin aluevastaaviksi, koska haluttiin painottaa enemmän toiminnallista vastuuta tiimeissä. Aikaisemmin tiimeissä oli tiimivastaavat, joista nyt luovuttiin.

Uusi organisaatio syntyi virtuaalinen mallinnus- ja tutkimusympäristö hankkeen aikana. Organisaatiomuutoksen taustalla olivat tehdyt havainnot kotihoidossa sekä ylemmän johdon esittämät kehittämistarpeet. Organisaatio kehitettiin ulkopuolisen asiantuntijan osaamista hyödyntäen. Hoito- ja palvelusuunnitelma työryhmä teki omaa kehittämistyötään työryhmätapaamisten avulla samanaikaisesti kuin organisaatiota kehitettiin. Samanaikainen kehittäminen koitui molempien hyödyksi, koska molemmat kehittäjät olivat tiiviissä yhteistyössä. Näin voitiin käydä keskustelua siitä, millainen organisaatio voisi paremmin toimia myös toimintakykyä edistävää hoitotyötä ajatellen. Vaikka kehittämis-

tarpeet olivat jossain määrin tiedossa johdolla ja työyhteisöllä, heidän oli vaikea itse lähteä toimintatapaa muuttamaan. Lisäksi organisaation muuttaminen on prosessi, jonka synnyttämiseksi tarvitaan useita kokoontumisia ja myös ulkopuolisen tekemiä havaintoja. Ulkopuolisen asiantuntijalle voidaan myös kohdistaa helpommin kritiikkiä kuin omasta organisaatiosta tuleville kehittäjille.

9.3 Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettisyys

Kehittämistyössäni olen pyrkinyt kuvaamaan kehittämisvaiheita mahdollisimman huolellisesti ja johdonmukaisesti. Raportoinnissa olen pyrkinyt kuvaamaan arkitodellisuutta ilman oman tulkinnan mahdollisuutta. Tutkijana ja kehittäjänä olen joutunut kyseenalaistamaan omat ennakkonäkemykseni. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa, jonka avulla toimintakykyä edistävää hoitotyötä voitaisiin edistää eri näkökulmista todellisuuden lähtökohtia unohtamatta.

Oma työhistoriani fysioterapeuttina ei ole voinut olla vaikuttamatta aihevalintaan: se on toiminut innoittajana toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämiseen. Käytännön tilanteiden tuntemus sekä koulutuksen tuoma tietoperusta ovat ohjanneet työtä. Kehittämistyössä hyödynsin koulutustani sekä fysioterapian että kehittäjän näkökulmista.

Henkilökohtaiset tapaamiset, keskustelut ja vuorovaikutus ovat sitouttaneet työyhteisöä muutoksiin ja muuttuviin työnkuviin. Itse olen saanut toimia tuossa työssä esittelijänä, innostajana ja ”muutosagenttina”. Olen toiminut Pieksämäen kaupungissa fysioterapeuttina ja osastonhoitajana. Kotihoito sen prosessit ja toimintakulttuuri ei ollut minulle entuudestaan tuttu. Tänä mahdollisti sen, että pystyin lähestymään todellisuutta ilman ennakkokäsityksiä. Kehittäjänä fysioterapia taustani saattoi herättää ennakkoasenteita: ajatellaan, että fysioterapeutti haluaa lisää jumppatuokioita tai vastaavaa asiakkaan toimintakyvyn edistämiseksi. Tässä kehittämistyössä pyrin tietoisesti välttämään fyysi-

sen toimintakyvyn korostamista. Toisaalta kehittämistyön tieteellinen osuus vahvasti käsityksiäni siitä, että fysioterapia- alan osaamista kotihoitoon pitäisi hyödyntää laaja-alaisemmin esimerkiksi muistisairaiden kohdalla. Helposti jäämmme pienenä ammattiryhmänä hallitsevien perus- ja sairaanhoidollisten toimintojen kehittämisessä altavastajaan rooliin.

Kehittämistä saattoi vaikeuttaa se, että toimintaprosessit eivät olleet minulle entuudestaan tuttuja. Selvittämistyöhön kului sekä minun että työyhteisön aikaa. Itsestään selvien asioiden tonkiminen on saattanut jopa ärsyttää työyhteisössä. Minulla oli aikaa kehittämiseen, mutta työyhteisö teki kehittämistä oman työn ohessa.

Asiakaslähtöinen tarkastelu on vaatinut omasta koulutustausta irtautumisen ja kehittämistyökalujen käyttämisen. Tämä työ on ollut haasteellista muun muassa aikojen sovittelujen, ihmisten käytännön työstä irrottautumisen ja asiaan paneutumisen näkökulmista. Lähtökohtaisesti olisi ollut parempi, jos hoito- ja palvelusuunnitelman muuttamistarpeet olisi jo alussa ollut tarkemmin määriteltynä. Nyt varsinaista ”tilausta” ei ollut johdon puolelta, vaan asiat nousivat työntekijöiden keskuudesta ja kotihoidon toimintatapojen havainnoinnin yhteydestä.

Kehittämistyö on vaatinut minulta rohkeutta puuttua asioihin. Kehittäjänä se on mahdollistanut paneutumisen kotihoidon arkeen, jonka tunteminen kulkee ”työkalupakissani” uusia haasteita kohdatessani. Oma kehittämistyö on harjoittanut työryhmätyöskentelyyn liittyvän työmenetelmän suunnittelua ja käyttöä sekä antanut mahdollisuuden seurata ulkopuolisen asiantuntijan työskentelyä. Kehittäjänä onnistuin herättelemään työyhteisön keskusteluun ja tuomaan esille epäkohtia. Erityisen tyytyväinen olin siihen, että kuntouttava hoitosuunnitelman keksivät työntekijät, en minä. Koska tein kehittämistyötä projektiluonteisesti, enkä esimerkiksi esimiesroolissa, voi se heikentää kehittämistyön arvostusta. Kehittämisprojekteja on tullut ja mennyt ja aina niistä ei ole konkreettista jäänyt. Toivon, että pystyn esimerkiksi kotihoidon johtajan kautta varmistamaan asioiden ”henkiinjäämisen”.

10 POHDINTA

Ikäihmisten terveys- ja toimintakyky ovat keskiössä kotihoidon toimintaa ajatellen. Toimintakyky ja terveyttä edistävien toimenpiteiden merkitys kasvaa palvelujen tarpeessa olevien lisääntyessä. Palveluprosessien tarkastelu ja kriittinen tarkastelu on tarpeen. Tässä kehittämistehtävässä paneuduttiin hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseen nimenomaan toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta. Työntekijälle kuntouttava hoitotyö ei ole mikään uusi keksintö. Asia on kuitenkin pidettävä esillä jatkuvasti. Toivon, että kuntouttava hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta muodostuu rutiiniksi ja sen avulla kiinnitetään huomiota enemmän myös kuntouttavaan hoitotyöhön.

Asiakaslähtöisyys korostuu kaikissa julkisissa palveluissa tänä päivänä. Julkisuudessa esitetty huoli julkisen palvelun epäkohdista on ollut aiheellista. Asiakkaan tarpeita pitää kuunnella ja ammattitaitoinen henkilökunta sen osaakin. Kotihoidossa asiakaslähtöinen palvelu ei tarkoita sitä, että asiakas on hyvin palveltu jos hänelle tarjotaan paljon palveluita. Ammattitaidon merkitys korostuu. Palvelutarpeenarvioijalla on oltava riittävä ammattitaito. Neuvottelu- ja kokonaisvaltainen asioiden käsittelytaito ovat avainasemassa.

”Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen henkilökunnan arvioimana” – kyselyyn vastasi 61 % työntekijöistä. Vastaajille oli annettu mahdollisuus vastata myös paperilomakkeella, mutta kukaan ei pyytänyt tätä mahdollisuutta. Tiedossa oli, että innokkuus verkkokyselyihin vaihtelee, joten siinä mielessä vastaajien määrää voidaan pitää hyvänä. Työntekijät olivat runsaasti kirjoittaneet vapaita kommentteja ja vastauksista näkyi, että toimintakyvyn edistämisen ideaa oli käsitelty kypsästikin. Työntekijät toivat kyselyssä esille halunsa esimerkiksi ulkoiluttaa asiakkaita enemmän. Kyselyn tulokset vahvistavat sitä tosiasiaa, että kotihoidossa olisi pystyttävä tarjoamaan asiakkaalle palveluja, joissa toimintakykyä voidaan edistää. Kyselys-

sä esille nousivat myös kotihoidon asiakkaiden haasteellisuus koskien toimintakyvyn edistämistä.

Kotihoidon henkilöstö oli sitä mieltä, että he ovat ennenkin tehneet nk. kuntouttavan hoitosuunnitelman, mutta eivät ole sitä erikseen tai omaan kohtaan-
sa kirjanneet. Kuntouttava hoitosuunnitelma Pegasos- tietojärjestelmässä patistaa kotihoidon henkilökuntaa pohtimaan toimintakykyä edistäviä tekijöitä sekä tarjoaa kirjaamisessa rakenteellisen alustan.

Työryhmätapaamisissa tuli selvästi esille se, että kaikilla ei ollut samaa käsitystä siitä, miten esim. hoito- ja palvelusuunnitelmalle kirjaaminen tapahtuu, mitä sieltä voi tulostaa ja toimintatavoista kysyttäessä sanottiin että ”meidän tiimissä tehdään ainakin niin, että..”, joten yhtenäistä tapaa ei kaikissa asioissa välttämättä ollut. Tavoista keskustelu tuntui tarpeelliselle ja koska helposti tuli työn epäkohtia myös asialistan ulkopuolelta voi tehdä johtopäätöksen, että kotihoidon henkilökunnan olisi keskusteltava työhön liittyvistä käytännöistä useammin.

Huoli resurssien riittämättömyydestä on aito. Valtiontalouden tarkastusviraston raportissa todettiin, että esim. kuntouttavan työotteen toteutumista estää resurssipula. Tarvitsemme resursseja kuntouttavaan toimintaan, mutta on oltava huolellinen myös arvioitaessa sitä, kenelle resurssit kohdentuvat. Toimintakyvyltään hyvin heikon vanhuksen kohdalla kuntoutustoimenpiteet voivat olla turhia. Meidän myös varauduttava siihen, että emme saa lisäresursseja. Viimeistään tässä vaiheessa on osattava hyödyntää kaikki resurssit, joita meillä on ympärillämme esim. omaiset, läheiset, naapurit jne. Tampereen kotitorin vetäjä kuvasi tätä asiaa hyvin sanoessaan, että hänen suuri haaveensa on, että kerrostaloissa asuvat lukuisat yksinäiset vanhukset saataisiin julkisen toiminnan pienellä vetoavulla talon kerhotilaan rupattelemaan esim. kerran viikossa. Luovien ratkaisujen löytymiseksi meidän on uskallettava kaataa raja-aitoja.

Kotihoidon pirstaleisuus huolettaa. Suunnitteilla olevassa vanhuspalvelulaissa esitetään vanhusasiakkaalle yhdyshenkilöä, joka lopettaisi vanhuksen ”luukuttamisen”. Toimintatapa voisi parantaa myös kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin ja tukemisen mahdollisuuksia kunnissa. Toisaalta on nurinkurista, että itsestään selviä asioita on järjesteltävä lain turvin.

Kotihoidon kirjaaminen on muutosten edessä tulevaisuudessa. Pieksämäellä on alkamassa kansallisen mallin mukainen kirjaamiskoulutus tulevana syysynä. Kehittämistyössä syntynyt kuntouttava hoito- ja palvelusuunnitelma pohjautuu hoitotyön prosessimalliin. Kotihoidon henkilökunnalla on kuntouttavaa hoitotyön suunnitelmaa tehdessään mahdollisuus opetella prosessimaista ajattelua asiakastarpeen arvioinnissa ja kirjaamisessa. Ymmärrettävää on, ettei Logica ole halukas tässä vaiheessa parantamaan Pegasos kotihoitosiotoa, koska kehittämisresurssit kohdentuvat nyt kansallisen mallin mukaisen kirjaamisalustan kehittämiseen. Kilpailevalta potilastietojärjestelmän tuottajalta löytyy voimavarakartoitukseen pohjautuva hoito- ja palvelusuunnitelma rakennne. Pystyykö joku tarjoamaan järjestelmän, jossa järjestelmälle kohdistuvat odotukset esim. mobiilijärjestelmään siirryttäessä toimii paremmin? Mitä kansallisen mallinmukainen kirjaaminen vielä tuo tullessaan?

Kotihoitoon kohdistuu laadullisia ja taloudellisia odotuksia. Työn pitäisi tuottaa tuloksia eli kotihoidon turvin pitäisi pystyä asumaan kotona jopa kuolemaan saakka, laitoshoidon saisi siirtyä vain 4 % yli 75-vuotiaista. Jotkut kunnat tavoittelevat jopa täysin laitoksetonta palvelujärjestelmää koskien vanhustenhoitoa. Tuloksien syntymiseksi on myös jatkuvasti arvioitava nykyisiä toimintatapoja.

Organisaation kehittäminen on ollut tarpeellista ja ajankohtaista. Uusi organisaatiomalli tuo kenttätöissä oleville mahdollisuuden keskittyä paremmin työhönsä. Kotihoidonjohtajalla on ylemmän johdon annettava täysi tuki ja muutosprosessin sekä tehtyjen uudistusten läpivieminen vaatii kotihoidon johtajalta myös tiettyä tiukkuutta ja peräänantamattomuutta. Kehittämistyöryhmässä tuli esille, että jotkut kokivat muutostarpeet hoito- ja palvelusuunnitelmalle tar-

peettomiksi. Sellaista asiaa ei olekaan, ettei siihen vastustajia löytyisi! Hoitajan on uskallettava tehdä myös päätöksiä, jotka eivät ole kaikkien mieleen, mutta hyödyntävät koko organisaatiota.

Tässä kehittämishankkeessa huomasin myös, että henkilökunnalla ei välttämättä ole ajatusta siitä, miten asioita voisi muuttaa. Työntekijöiden huomio on kiinnittynyt asiakkaiden akuutteihin ongelmiin. Onko kyse kiireestä, benchmarking-tyyppisen toiminnan puutteesta, oman mielenkiinnon puutteesta vai jostain aivan muusta?

Pieksämäellä on tällä hetkellä 85 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia hieman alle 100 henkilöä, 30 vuoden päästä heitä on noin nelinkertainen määrä. Suurin osa ikäihmistä haluaa asua kotona. Kotihoidon toimintatapojen kehittäminen ja yhteistyön tiivistäminen muiden palvelutuottajien kanssa toivottavasti rohkaisee synnyttämään myös uusia innovaatioita sekä julkisella että yksityisellä puolella.

Kehittämistyön taustalla on ollut toimintakyvyn ulottuvuuden teoreettiset viitekehykset. Hoitotyötä tekevä kohtaa päivittäin ihmisiä, joilla toimijuus on heikentynyt: käsi ei taivu, jalka ei nouse, ei ole käynyt ketään viikkoon, arjessa selviäminen on tuskaista esimerkiksi leskeyden takia. Kuinka minä haluaisin itseäni kohdeltavan? Itselläni on usko siihen, että toimintatapoihin kohdistuvat muutospaineet tulevat myös parantamaan palveluja. Millainen kotihoito on tulevaisuudessa, sitä ei tiedetä.

Kuntouttavan hoitosuunnitelman laadintaan varten tehtiin kirjallinen ohje, joka lisättiin kotihoidon "Arvot ja prosessit" perehdytyskansioon. Ohjeen taustalla on hoitotyön prosessiajattelumalli: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Näin kirjaaminen etenee systemaattisesti ja hoitajan päätöksentekoprosessi tulee esille. Sillä saadaan myös kuntouttava hoitotyö näkyvämmäksi. Ohjeen malli on kansallisen mallin mukainen. Kansallisen mallin tavoite on, että kirjattava tieto on tarkempaa, asiakaslähtoisempää, mo-

nipuolisempaa ja hoidon arviointi on helpompaa. Kirjaamisen kehittämisen myötä myös asiakkaan hoidon laatua voidaan paremmin arvioida.

Se, että Pegasos- tietojärjestelmästä tulostettavaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei voinut muokata asiakaslähtöisemmäksi ja informatiivisemmaksi, oli kehittämistyön alkutavoitteita asetettaessa pettymys. Jouduttiin tekemään räätälöity versio, joka vaatii käyttäjältään yhden uuden sivun täyttämisen.

Toimintakykyä edistävän hoitotyön tutkimuksellinen näyttö on vielä toistaiseksi niukkaa. Kuntien tapa resursoida ja toteuttaa esimerkiksi kuntouttavaa hoitotyötä vaihtelevat. Tarvitsemme lisää tutkimukselliseen näyttöön pohjautuvaa tietoa siitä, millaisille asiakkaille, kuinka paljon ja missä muodossa toteutettavaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä on tarkoituksenmukaista tehdä.

Kehittämistyö oli mielenkiintoinen. Kotihoidon toimintakenttä on moniulotteinen ja muutospaineiden edessä. Kuten aikaisemmin toin esille, kotihoitoa ei ole kovinkaan paljon vielä tutkittu. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia tai kehittää seuraavia aihe-alueita:

1. Mitkä ovat kotihoidon asiakkaiden kokemukset kuntouttavan hoitotyön onnistumisesta kotihoidossa?
2. Mitkä ovat kotihoidon työntekijöiden ammatilliset mahdollisuudet ja kehittämistarpeet kuntouttavan hoitotyön toteutumiseksi?
3. Millaisia uusia ja mahdollisesti tehokkaampia toimintatapoja toteuttaa hyvinvointipalveluja ikäihmisille on olemassa? Millainen organisaatorakenne toimii parhaiten? Kuinka vähennämme toimintaprosessien byrokratiaa?

LÄHTEET

Engeström, Y. Niemelä A., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Juva: PS-kustannus.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. 2008. Geriatria- arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Heinola, R. & Luoma M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino.

Holma, T. & Häkkinen, H. 2004: Ehkäisevä kotikäynti-tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Jyrkämä, J. Toimintakyky ja toimijuus – sosiaaligerontologian näkökulma 2007. KTL:n julkaisu. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Järvinmäki, V. & Nal, H. 2005. TULES-Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. 2009. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistokustannus.

Lawton, Martin Powell 1983: Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist; 10(4):349–357.

Loikkanen, A. & Nivalainen, H. 2010. Suomen kuntatalouden kehitys: Miten tähän on tultu? Kuntien takauskeskuksen raportti 18.6.2010.

Lyyra, T., Pikkarainen, A., Tiikkainen P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita Publishing.

Pulliainen, M., Kettunen, A. & Valtonen, H. 2008. Kotihoidon päättymisen syyt Pieksämäellä vuonna 2007. Tampere: Juvenes Print.

Routasalo, P., Arve, S, Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. International Journal of Nursing Practice 10(5), 207-215.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Seppänen M., Heinola R., & Andersson S. hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Avauksia 6/2009. THL, Helsinki.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Suomen kuntaliitto. 2008. Helsinki: Yliopistopaino.

Tedre, S. 2006. Asunnon vangen-ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa Vääräyskirja. Helne, T. & Laatu M. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Toinen p. Vammalan kirjapaino.

Tenkanen R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lappeensis 62/3003. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen M. 2010. Geriatria. Porvoo: Duodecim.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kopijyvä.

Toljamo, M., Haverinen, M., Finne-Soveri, H., Malmivaara, A., Sintonen, H., Voutilainen, P., Mäkelä, M. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksen iäkkäiden toimintakykyyn. FinSoc arviointiraportteja 4/2005. Helsinki.

Vaarama M. & Kautto M. 1999. Social Protection for Elderly in Finland. Stakes. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Jyväskylä: WSOY.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut- nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. Edita Prima.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivirta, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

Neittaanmäki, L. 2007. Vanhusväestön itsenäinen selviytyminen. Turvaa ja virikettä projekti. Esiselvitysraportti. Agora center. Jyväskylän yliopisto.

Hermanni ja Miina- Ikäihmisten Pieksämäki 2013. Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja tervetoimi 2009. Viitattu 4.11.2010.

<http://www.pieksamaki.fi/files/HermanniJaMiina211209.pdf>

Kivelä, S. 2006: Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:30. Viitattu 3.11.2010. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/hl1150272501953/passthru.pdf>.

Muurinen S., Finne-Soveri H., Sinervo T., Noro A., Andersson S., Heinola R. & Viikko A. 2009. Ikähorisontti – uudet palvelukonseptit. Viitattu

13.1.2011 <http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/CE05A09E-5F01-4FC3-8D85-85393A3B9F63/15167/Uudetkonseptit8920094.pdf>.

Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo- työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Viitattu 12.11.2010. <http://urn/URN:ISBN:978-952-00-2833-6>.

Sosiaali-ja terveydenhuollon talous- ja toimintasuunnitelma vuosille 2010–2013. Sosiaali-ja terveysministeriön selvityksiä 2008:52. Viitattu 18.10.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1374166.

Soukainen, J. & Rintala T. 2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastukset 214/2010. Viitattu 11.2.2011 http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netiti.pdf

Terveydenhuoltolaki 2010 (voimaan 1.5.2011). Viitattu 12.1.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Toimia tietokanta. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 10.2.2011 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/64/>

Räsänen, Riitta 2010. Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan laatu. Akateeminen väitöstyö. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Tulossa, 2011.

LIITTEET

Liite 1. Palvelu- ja hoitosuunnitelma (käsin tehtävä, mapissa toimistolla ja asiakkaalla esim. kaapissa)

PIEKSÄMÄEN KAUPUNKI

Kotihoito

PALVELU- JA HOITOSUUNNITELMA

☐ uusi asiakas

☐ muutos

Asiakkaan nimi		Hetu	
Osoite		Puhelin	
Omainen / Yhteyshenkilö		Osoite, puhelin ja sähköposti	
Omainen / Yhteyshenkilö		Osoite, puhelin ja sähköposti	
Laskutusosoite / Maksaja		Osoite, puhelin ja sähköposti	
Kotipalvelun määrä ja sisältö minutteina			
Aamukäynnit		Päiväkäynnit	
klo _____	parillinen	klo _____	parillinen
klo _____	pariton	klo _____	pariton
tehtävät:		tehtävät:	
MA TI KE TO PE LA SU		MA TI KE TO PE LA SU	
Päiväkäynnit		Päiväkäynnit	
klo _____	parillinen	klo _____	parillinen
klo _____	pariton	klo _____	pariton
tehtävät:		tehtävät:	
MA TI KE TO PE LA SU		MA TI KE TO PE LA SU	
Päiväkäynnit		Iltapäiväkäynnit	
klo _____	parillinen	klo _____	parillinen
klo _____	pariton	klo _____	pariton
tehtävät:		tehtävät:	
MA TI KE TO PE LA SU		MA TI KE TO PE LA SU	
Iltakäynnit		Yökäynnit	
klo _____	parillinen	klo _____	parillinen
klo _____	pariton	klo _____	pariton
tehtävät:		tehtävät:	
MA TI KE TO PE LA SU		MA TI KE TO PE LA SU	
Tukipalvelut/ Muut palvelut			
<input type="checkbox"/> ateria, kotiin kuljetettu, pv:t _____ <input type="checkbox"/> reitti _____ <input type="checkbox"/> ateria, ruokailu palv. pist., pv:t _____ <input type="checkbox"/> aamupala _____ <input type="checkbox"/> päivällinen _____ <input type="checkbox"/> iltapala _____ <input type="checkbox"/> päivätoiminta, paikka _____			
<input type="checkbox"/> saattaja-apu _____ krt/tarvittaessa <input type="checkbox"/> kylvytys _____ krt/vko <input type="checkbox"/> kauppapalvelu, pv:t _____ <input type="checkbox"/> turvapalvelu _____ <input type="checkbox"/> pyykkitupa, itse pesevät _____ <input type="checkbox"/> pesulapalvelu, kghinta _____			

Kotisairaanhoidon määrä ja sisältö		<input type="checkbox"/> säännöllinen Pahosu ____ krt/vko/kk	säännöllisen tilapäinen hoitopalvelu ei kotipalvelua valitse 1, 2 tai 3			
<input type="checkbox"/>	parillinen vko		1.	<input type="checkbox"/> käynti 1 x 2:ssa viikossa <input type="checkbox"/> parillinen vko		
<input type="checkbox"/>	pariton vko			2.	<input type="checkbox"/> käynti 1 x 3:ssa vkossa	
<input type="checkbox"/>	1 x 3:ssa vkossa				3.	<input type="checkbox"/> käynti 1 x 4:ssa vkossa
<input type="checkbox"/>	1 x 4:ssä vkossa					
klo _____	MA TI KE TO PE LA SU 	min klo _____	MA TI KE TO PE LA SU Aloituspäivä _____.____.2010			
tehtävät:						
Palvelu- ja hoitotarpeeseen johtaneet tekijät sekä tukemiskeinot:						
Avun / tuen tarve		Tavoite	Keino			
Diagnoosit / sairaudet:						
Allergiat:						
Alkoholin tai pähteiden käyttö:		Ei Kyllä	Miten usein:	Minkä verran kerralla:		
SATIETOJA:						
Suostumus	<input type="checkbox"/>	Suostun siihen, että tietojani saa luovuttaa minua hoitaville tahoille				
	<input type="checkbox"/>	Suostun siihen, että tietojani saa kysyä kalalta, työelämäkelaitoksilta ja verottajalta				
SUUNNITELMAN LAATIJAT						

KOTIHOIDON YHTEYSHENKILÖT:

Kotipalvelutyöntekijä:	Puhelin:
Kotisairaanhoido:	Puhelin:
Avopalveluohjaaja:	Puhelin:

Suunnitelma on voimassa _____. 2011 alkaen

ASIAKKAAN ALLEKIRJOITUS

PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ

2011

Liite 2. Hoito- ja palvelusuunnitelma, Pegasokselta tulostettava versio

	<p>Pieksämäen kaupunki Perusturvalautakunta PL 125 76101 PIEKSÄMÄKI</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma</p>		
	<p>PIEKSÄMÄEN KAUPUNKI YLEINEN EDUNVALVOJA ***** KESKINEN 76100 PIEKSÄMÄKI 10</p>	<p>Asiakas</p> <p>Nimi/osoite</p> <p>Henkilötunnus 1775</p> <p>Puhelin (koti)</p> <p>Puhelin (matka)</p>		
<p>Siviilisäätty Leski Ammatti ELÄKELÄINEN</p>				
<p>Äidinkieli Suomi Sotainvalidiprosentti TTV-tunnus</p>				
<p>Yhteyshenkilöt</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Nimi/osoite</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>Nimi/osoite</p> <p>PIEKSÄMÄEN KAUPUNKI YLEINEN EDUNVALVOJA</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys Asioidenhoitaja</p> </td> </tr> </table>			<p>Nimi/osoite</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys</p>	<p>Nimi/osoite</p> <p>PIEKSÄMÄEN KAUPUNKI YLEINEN EDUNVALVOJA</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys Asioidenhoitaja</p>
<p>Nimi/osoite</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys</p>	<p>Nimi/osoite</p> <p>PIEKSÄMÄEN KAUPUNKI YLEINEN EDUNVALVOJA</p> <p>Puhelin (koti) Puhelin (matka)</p> <p>Yhteys Asioidenhoitaja</p>			
<p>Tietojen luovutus (Omainen tai henkilö, jolle tietoja saa antaa)</p>				
<p>Avain</p> <p>Ovikoodi</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Kotipalvelu <input type="checkbox"/> KSH <input type="checkbox"/> Omainen <input type="checkbox"/> Yhteyshenkilö </p> <p>M. nimi ja puhelinnumero</p> <p>Talonmies/huoltoyhtiö, puhelinnumero</p>				
<p>Terveydentila</p> <p>Sairaudet</p>				
<p>Allergiat (lääke, ruoka-aine, ym.)</p>				

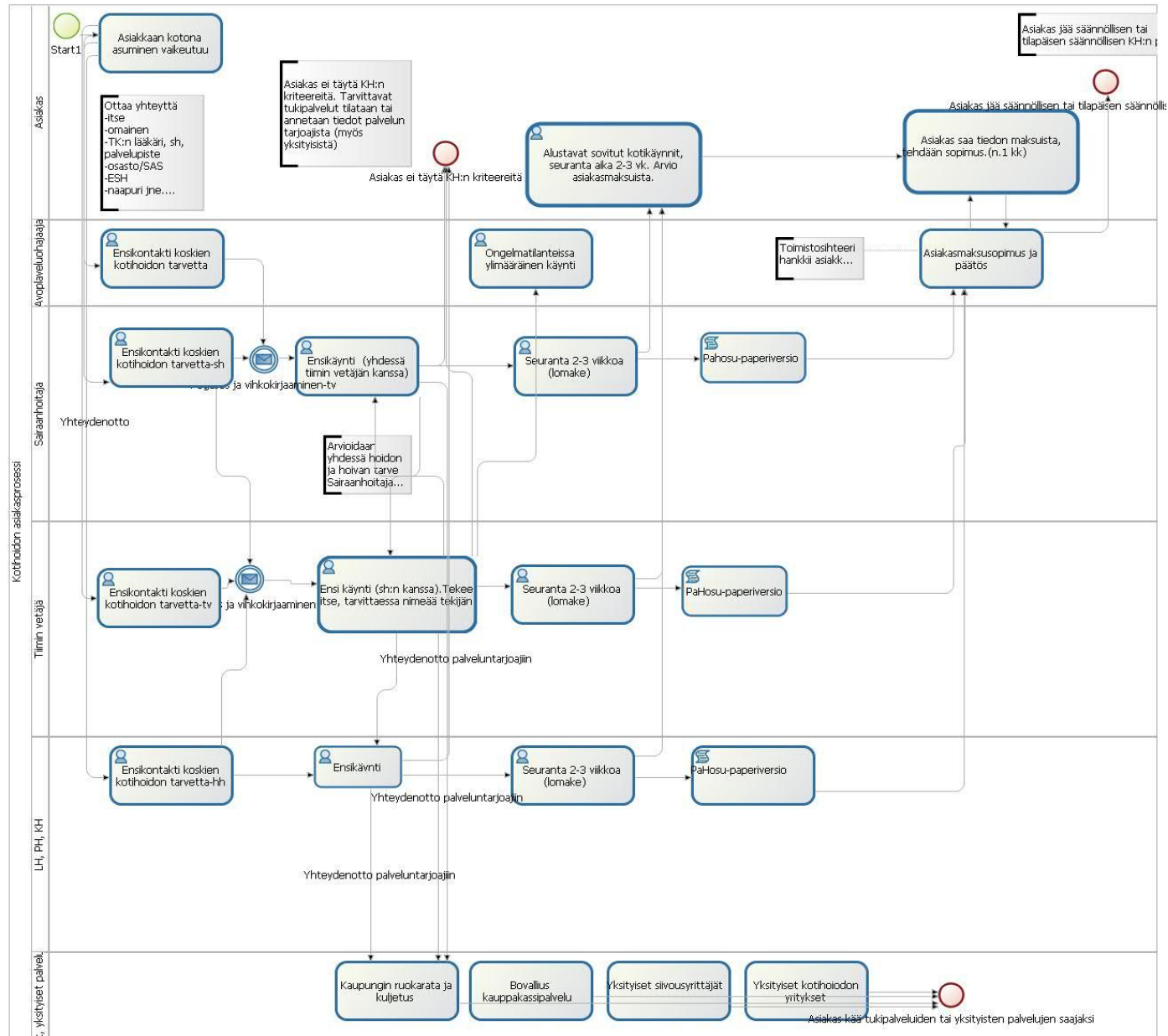
Ruoskavalio		Sivu 2	
Toimintakyky			
Testi	Tekopäivä	Pisteet	
Testi	Tekopäivä	Pisteet	
Testi	Tekopäivä	Pisteet	
Paivelun ja hoidon tarve			
Kotipalvelu / Kotihoito			
Määrä 14:20 h (36 käyntiä) /viikko		Voimassa	01.05.2010 -
Kotisairaanhoido / Kotihoito			
Määrä 0:30 h (1 käynti)4 /viikkoa		Voimassa	01.05.2010 -
Tulipalvelut			
Kaavi ja pulla palvelupisteess / Kotihoito			
Määrä 1 kerta/viikko		Voimassa	01.05.2010 -
LOUNAS PALVELUPISTEESSÄ / Kotihoito			
Määrä 7 kertaa/viikko		Voimassa	01.05.2010 -
Kotiin kuljetettu aterio / Jäppilän ateriakuljetus			
Määrä 7 kertaa/viikko		Voimassa	01.05.2010 -
Turvapalvelu / Kotihoito			
Määrä 1 kerta/kk		Voimassa	01.05.2010 -
Saattaja-apu / Kotihoito			
Määrä 1 kerta/viikko(a'1:00h)		Voimassa	01.05.2010 -
Lainat			
Luokka Nimi		Lainatila	Lainapäivä
093303 Peseytymis-, suihku- ja kylpyvälineet		Lyhyt	09.03.2009
122106 Pyörätuolit, takapyörästä kelattavat		Lyhyt	15.02.2008
10110 Sängyt ja irrott. sängynpohjat, sähkösaattoiset		Lyhyt	14.02.2008
091212 WC-istuimen korotukset, irralliset, vapaasti seisova		Lyhyt	14.02.2008

Pieksämäki 19.05.2010	
Paikka ja aika	Asiakkaan allekirjoitus
Paikka ja aika	Yhteyshenkilön allekirjoitus
Avopalveluohjaa	Nimen selvennys Työpuhelin
	Nimen selvennys

Liite 3. Kotihoidon asiakkuusprosessi

Osaprosessi	Toiminnot	Tehtävät	Toimijat	Tulostila /suoritteet
Yhteydenotto kotihoitoon	Kotiutuu laitoksesta tai kotona asuva, jolla ongelmia kotona selviytymisessä.	Kartoitetaan alustavasti tarve, (kiireellisyys) selvitetään tiimi, johon pyyntö ohjataan. Sovitaan ensimmäinen käynti.	Omaiset, itse, TK:n tai ESSHP:n hoitaja, SAS-hoitaja, sosiaalihoitaja, lääkäri, naapuri ottavat yhteyttä kotihoidon antamiin puhelinnumeroihin.	Kartoitetaan kotihoidon tarve alustavasti
	Kiireelliset ja yli-75 vuotiaat, kirjataan yhteydenotto.	Pegasokseen ja vihkoon asiakkaan yhteydenoton ja tarvittavien tietojen välitön kirjaaminen (hoitotakuu 3 vrk). Tiedon välittäminen eteenpäin tiimivastaavalle.	Puhelun vastaan ottanut henkilö (avopalvelu-ohjaaja, tiimivastaava, sairaanhoitaja tai muu hoitaja)	Kotihoidon tarve kirjattu Pegasokseen
Hoidon tarpeenarviointi	Kartoituskäynti palvelutarpeen arvioimiseksi, jolla mahdollisesti tehdään RaVa ja MMSE (ei välttämättä ensimmäisellä käynnillä) ja kartoitetaan tulotiedot	Arvioidaan hoidon tarve. Jos kotihoidon kriteerit täyttyvät, tehdään alustava Pahosu, jota toteutetaan kahden viikon ajan. Otetaan mahdollisesti yhteyttä tukipalveluihin (ateriapalvelu, kauppapalvelu, siivouspalvelu, päivätoiminta) tai tarvittaessa tarkempaa toimintakykyarviota varten kotikuntoutukseen tai muistihoitajaan. Mikäli tarve on vain väliaikainen (esim. silmäti-pat), kirjataan käynnit soveltaen Pegasokseen.	Tiimivastaava ja sairaanhoitaja (yhdessä) tai joku muu hoitaja. Omaiset	Alustava palvelu ja hoitosuunnitelma jonka mukaan aloitetaan kotikäynnit ja joiden aikana (n. 2-3 viikkoa) luodaan kuva todellisesta palvelu tarpeesta ja asiakasmaksuista. Mikäli kotihoidon asiakkuuskriteerit eivät täyty, annetaan asiakkaalle tarvittaessa tietoa tai hoidetaan tuki- tai yksityisistä palveluista, joilla turvataan hänen pärjääminen kotona, neuvontaa
Palvelu ja hoitosuunnitelman laatiminen	Laaditaan oma paperiver-sio PaHoSu	Seurannan pohjalta laaditaan kirjallinen suunnitelma (aamu, päivä, iltapäivä, ilta, yökäynnit, aika, krt/ k, toiminnan sisältö ja kotihoidon tavoitteet).	Tiimivastaava tai kotihoidon muu henkilö, (joka pääasiassa hoitanut kotikäynnit) yhdessä asiakkaan ja/tai omaisten kanssa.	Tehdään pohjatyö lopullisen sopimuksen ja kotihoitopäätöksen tekemiselle.
Tulo säännöllisen kotihoidon palveluiden piiriin	Tehdään sopimus ja päätös kotihoidosta	PaHoSun perusteella määritellään Pegasokseen palveluajat ja asiakasmaksut. Asiakas saa tiedon n 1kk. päästä, minkä jälkeen tehdään sopimus ja lähetetään tieto asiakkaalle.	Toimistos sihteeri hankkii tarvittaessa tulotiedot, jos niitä ei ole aiemmin toimitettu	Asiakas jää säännöllisen tai tilapäisen koti-hoidon piiriin.
Seuranta	Seurataan ja arvioidaan kotihoidon tarvetta	Asiakkaan toimintakykyä seurataan kotihoidon käynneillä Kerran vuodessa tehdään uudelleen RaVa määrittäminen.	Kotihoidon henkilöstö, omainen tai asiakas itse.	Hoidon tarve määritellään uudelleen ja tehdään tarvittaessa muutos PaHoSuun ja ryhdy-tään toimenpiteisiin

Liite 4. Kotihoidon asiakkaasi tulemisen prosessi



Liite 5. Ensikäynti, palvelutarpeen arviointi runko

ENSIKÄYNTI
(VALVOTTU KOTISAIRAANHOITO)

- **Taustatiedot lyhyesti**
 - henkilötiedot (sos.tunnus,osoite,puhelin,ammatti)
 - lähiomainen / edunvalvoja
 - vastuuhenkilöt (nimi&puh.nro)
- **Taustatiedot ensikäynnin tarpeesta**
 - MKS / TK lähete
 - omaisten / naapureiden pyyntö tms.
- **Asuminen**
 - asumismuoto
 - mukavuudet
 - yksin / toisen kanssa
 - asiakkaan oma arvio kotona selviytymisestä ja mikä avuksi
 - yksin asumista vaikeuttavat tekijät
 - mahdollisten asunnon muutostöiden tarve
- **Sairaudet**
 - diagnoosit
 - seurannat
 - allergiat
- **Lääkitys**
 - nykyinen lääkitys
 - lääkkeenjako / ottaako itse / onnistuuko

Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa lähtökohtana on aina asiakkaan omat voimavarat

- **Fyysinen toimintakyky**
 - liikkuminen
 - peseytyminen / pukeutuminen
 - ravitsemus (dieetit ym.)
 - erityistoiminta
 - uni ja lepo
 - ihon- ja hampaanhoito
 - aistitoiminnot - näkö, kuulo
- **Psyykkinen toimintakyky**
 - muisti
 - mieliala
 - orientoituminen - asiallinen - sekava
- **Sosiaalinen toimintakyky**
 - kommunikointikyky (mm. puheen selkeys)
 - sosiaaliset kontaktit
 - harrastukset
- **mahdollisesti tarvittavat tukipalvelut**
- **tiedot kirjataan toimintakykyä ylläpitävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan**

Liite 6. Sähköpostilla Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tuli seuraavia ajatuksia:

<p>Hoito- ja palvelusuunnitelman rakenne</p> <ul style="list-style-type: none"> • HoPaSu:ssa yhteistyötahot näyttävä, ettei tarvitsisi erillisiä tiedonantoja kotiin, toimisi ikään kuin info- pakettina (yksityiset myös) • Omaisien rooli pitäisi näkyä paremmin, oma kohta täytettäväksi? • Miten Pahosun tiedot saataisiin Pegasokselle? • Asiakkaan omat toiveet tulisi näkyä • Asiakkaan oma aktiivinen ote arkeen olisi kirjattava • Asiakaslähtöiset ja konkreettiset käytännön tavoitteet ja toimenpiteet, joilla asiakkaan toimintakykyä säilytetään/ parannetaan • Lisätiedot kohta on liian pieni • Apuvälinesuunnitelma • Uudessa PaHoSu:ssa tulisi olla kaikki sellaiset tiedot, joita tarvitaan • Tehostettu kotihoito myös PaHoSu:n piiriin 	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma prosessiin liittyvät</p> <ul style="list-style-type: none"> • erillinen kotiutustiimi, joka arvioi palvelutarvetta ja laatii hoito- ja palvelusuunnitelman • arviointi hyvä tehdä kotona
---	--

KUNTOUTTAVA HOITOSUUNNITELMA LAATIMISOHJE

Suunnitelman tavoitteena on koota asiakkaan kannalta tärkeät fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja/ tai sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen kannalta merkitykselliset asiat. Se toimii tiedonvälittäjän ammattilaisten välillä sekä välineenä, johon esim. omaisten tai lähimmäisten kanssa tehty sopimus esim. ulkoiluttamisesta kirjataan. Siihen kirjataan myös muiden palveluntuottajien kanssa sovittuja asioita.

Kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan kirjataan:

Taustatiedot:

Lyhyt kuvaus kotihoidon palvelutarpeen syistä, erityisesti päivittäisistä toiminnoista ja arjen sujumisesta. Esim. Asuu yksin kerrostalossa, Alzheimer, rr-tauti ja DM-II. Pukeutuu ja kykenee liikkumaan lähes itsenäisesti, mutta ei kykene valmistamaan ruokaansa. Tytär käy tapaamassa viikottain.

Tavoitteet.

Tavoitteet kuvataan asiakaslähtöisesti verbein: tekee, kokee, tuntee, hallitsee, ymmärtää, kykenee, pystyy, oppii. Tavoitteita voivat olla esim. pystyy kävelemään WC-tilaan, pystyy aukaisemaan oven, jaksaa käydä esim. srk:n tilaisuudessa kerran viikossa kodin ulkopuolella, yksinäisyyden tunteen vähentyminen, lehtien lukemisen mahdollistuminen jne. Tavoitteet olisi oltava asiakaslähtöisiä. Tavoitteet kirjataan

Yksilöllisesti sairauden tuomien tavoitteiden mukaisena, esimerkkinä virtsanpidätuskyvyttömyys: "virtsankarkailu ei rajoita sosiaalista elämää, oppii vaihtamaan vaipan itse, iho pysyy eheänä, kokee olonsa kuivaksi".

Realistisesti ei liian matalia/ korkeita tavoitteita. Tavoitteena voi olla myös tilan pysyminen ennallaan.

Ilmaistaan selkeästi, konkreettisella tavalla. Hyvin asetettu tavoite sisältää aika ja määräellettävyyden esim. "syö vähintään puolet joka ruokailussa,

kiinnitetään huomiota ettei piilota ruokaa, aamuverensokerin tasoittuminen viikon kuluessa tasolle 6-7”.

Keinot tavoitteiden toteutumiseksi:

Keinot kuvataan selkeästi ja konkreettisesti. Keinojen valinnassa huomioidaan hoitotyön periaatteet. Omatoimisuutta, osallistumista tukevia, kokonaisvaltaisia, turvallisia & yksilöllisiä resurssit huomioiden, apuvälineet huomioiden, voimavarat ja itsehoitokyky. Esim. ”Ohjataan päivittäisen hygienian huolehtimiseen ja avustetaan intiimihygienian huolehtimiseen”. Keinoja voivat olla päivätoimintaan osallistuminen, yksilöllinen kotivoimisteluhjelma, Neuvokas-toimintakeskuksesta esim. ystävän etsiminen, ulkoilutusavustajan etsiminen, kotiapua tarjoavan yrityksen palvelun käyttäminen esim. leipominen kerran viikossa, sopimus omaisen avustamasta vierailukäynnistä ystävän/ sukulaisen luona jne. Keinojen etsimisessä pyritään saamaan aikaan vilkas keskustelu ja keinoissa tulee hyväksyä varsin luovatkin ratkaisut. Mikäli keinoissa tarvitaan kotihoidon apua, kirjataan mitä tehdään ja myös yksityiskohtaisempi kuvaus tarvittaessa. Tällä pyritään turvaamaan myös kotihoidon tasalaatuisuutta. Esim. asiakas on mukana puuron keitossa jollain tavalla.

Arviointi

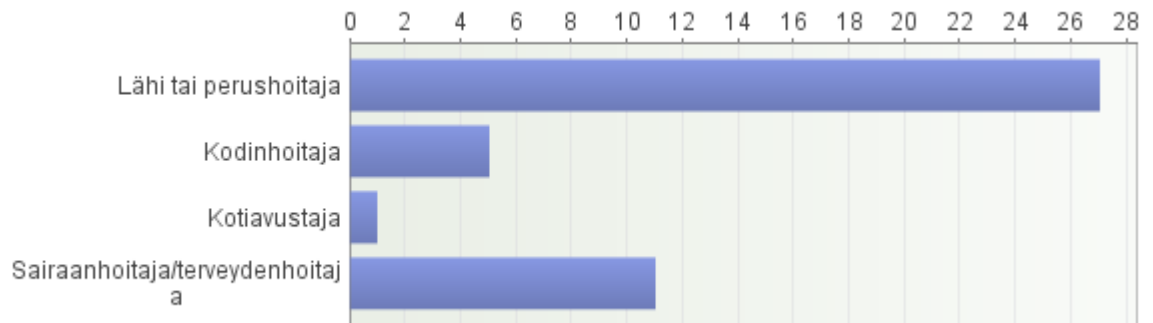
Suunnitelma siitä, kuinka kuntouttavan hoitosuunnitelman mukaiset toiminnot ovat onnistuneet. Suunnitelma arvioidaan puolen vuoden välein. Kohtaan kirjataan myös vastuuhenkilö, joka varmistaa arvioinnin tekemisen. Arviointia voidaan tehdä myös lyhyemmälle aikavälille esim. sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Liite 8. Webropol-kysely.

Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen henkilökunnan arvioimana

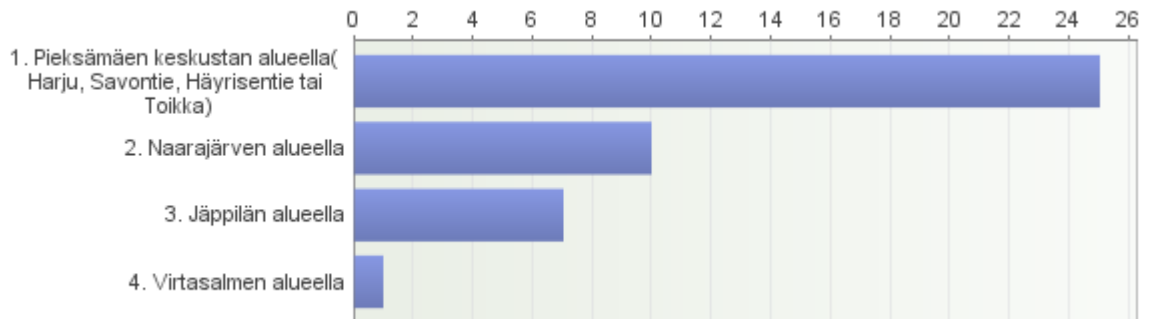
1. Mikä on koulutuksesi?

Vastaajien määrä: 44



2. Millä alueella toimit kotihoidossa?

Vastaajien määrä: 43



3. Arvioi seuraavaa väittämää: Kotihoito yksikkö järjestää hoitoa ja huolenpitoa asiakkaille, joiden toimintakyky ja itsestään huolehtiminen on alentunut ikääntymisen, sairastumisen, vammautumisen tai muun syyn vuoksi.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	38	6	0	0	44	1,14

4. Kotihoito tukee ja auttaa asiakasta tehtävissä joista hän ei itse suoriudu niin että asiakkaalla olisi hyvä elämä omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	29	14	1	0	44	1,36

5. Asiakkaalle kerrotaan kaikista kotihoidon ja päivätoiminnan tarjoamista palveluista asiakkaan tilanne huomioiden.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysi eri mieltä	Yhteensä	ka.
	29	13	2	0	44	1,39

6. Asiakas on mukana palvelu-ja hoitosuunnitelman teossa kykyjensä mukaan.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	33	11	0	0	44	1,25

7. Mikäli kotihoidon asiakkaalla on toiveita sosiaalisen toimintakyvyn alueella löydän keinoja tai palveluja asian parantamiseksi(esim. ystäväpalvelut, ryhmät, omaisten kanssa neuvottelu).

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	22	17	5	0	44	1,61

8. Mikäli asiakkaalla on toiveita fyysisen toimintakyvyn parantumiseksi (esim. kävely, liikuntaryhmät, voimistelu) pystyn löytämään asiakalle oikeita palveluja.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	5. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	20	17	7	0	44	1,7

9. Noudatan työssäni kuntouttavaa työtettä(esim.en tee puolesta, arvioin jokaisen asiakkaan kohdalla mitä asiakas voisi itse tehdä ja missä tarvitsee apua, osaan perustella asiakkaalle omatoimisesti onnistuvien asioiden säilymisen tärkeyttä).

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	20	24	0	0	44	1,55

10. Mikäli asiakkaalla on ongelmaa kognition alueella (muisti, oppiminen, elämänhallinta) minulla on tarjottavana asiakkaalle palveluja näiden ongelmien kartoittamiseksi tai helpottumiseksi tai osaan ohjata asiakasta ko.aluetta koskevia palveluiden piiriin.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jok- seen- kin samaa mieltä	3. Jok- seen- kin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä		Yhteensä	ka.
	17	24	3	0	0	44	1,68

11. Mikäli asiakkaalla on ongelmaa psyykkisen toimintakyvyn alueella minulla on tarjota tai osaan ohjata asiakkaalle sopivia palveluja.

Vastaajien määrä: 44

	1. Täy- sin samaa mieltä	2. Jok- seen- kin samaa mieltä	3. Jok- seen- kin eri mieltä	4. Täy- sin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	13	22	9	0	44	1,91

12. Koetko, että sinulla on oman koulutuksen ja työkokemuksesi kautta tarpeeksi valmiuksia havaita ja tehdä asiakkaan toimintakykyä edistäviä ratkaisuja työssäsi?

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä.	Yhteensä	ka.
	20	21	3	0	44	1,61

13. Kotihoidossa on kotikuntoutusta varten fysioterapeutti ja kuntohoitaja. Pitäisikö mielestäsi asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen olla myös muita henkilöitä esim. lähihoitajia kotihoidossa?

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	22	15	7	0	44	1,66

14. Koetko, että sinulla on tarpeeksi aikaa toteuttaa toimintakyvyä edistäviä asioita asiakkaallesi?

Vastaajien määrä: 44

	1. Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin samaa mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	6	16	11	11	44	2,61

15. Hoito- ja palvelusuunnitelma tukee asiakkaan toimintakyvyn edistämisen tavoitteita.

Vastaajien määrä: 44

	1.Täysin samaa mieltä	2. Jokeenkin samaa mieltä	3. Jokeenkin eri mieltä	4. Täysin eri mieltä	Yhteensä	ka.
	8	27	9	0	44	2,02

16. Mitkä asiat mielestäsi tukevat parhaiten kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä?

Kirjoita alapuolella olevaan tilaan.

Vastaajien määrä: 39

- Asiakasta kohden pitäisi olla enemmän aikaa. Omahoitajajärjestelmä olisi hyvä, asiakkaan opittua luottamaan iloiseen ja reippaaseen sekä luotettavaan hoitajaansa tulostakin saataisiin aikaan kaikilla osa-alueilla.
- olemassa olevan omatoimisuuden ylläpitäminen, asiakkaan omien toimintatapojen salliminen -) omassa kodissa saa tehdä asioita niin kuin itse haluaa turvallisuuden rajoissa
- Pukeminen omatoimisesti jos vaan mahdollista. Asiakas saa itse osallistua esim.vaatteiden valitsemiseen. Suihkussa peseytyminen omatoimisesti, avustetaan vain esim. selän pesussa ja hiuksien pesussa. Ruokailu omatoimisesti. Ei tarjoilla ruokaa esim. makuuhuoneeseen sängyn viereen, liikkuminen keittiöön syömään tukee toimintakykyä. Asiakas voi itse esim. pääallystää leipänsä.

- - kuntouttava työ-ote
- päivätoiminta
- ajan antaminen, omaisten vierailu (psyykkinen hyvinvointi)
- "saavat" asua kotona, asiakkaiden halu pitää toimintakykyä yllä että kotona asuminen olisi mahdollista
- Asiakkaan avun tarve kartoitettu ja hänen toimintakykyä tuetaan niiltä osin mistä hän ei itsenäisesti selviydy. Asiakkaita hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Huolehdyttävä, että hänellä on tarvittavat kotona selviytymistä tukevat apuvälineet.
- Hoitajan antama aika
 - Luottamusta herättävä ammattitaitoinen hoitaja
 - Turvallinen ympäristö/mahd. oma koti
 - Terveysteen liittyvät asiat kunnossa/hoidossa
 - Omaisten tuki-/läsnäolo
 - Taloudellinen tilanne-/perusturva vakaa
- - asiakaslähtöisyys, tehdään niitä asioita, mitä asiakas tarvitsee
- annetaan asiakkaan osallistua hoitoon kykyjensä mukaan
- annetaan asiakkaalle riittävästi aikaa
- huomioidaan myös turvattomuudesta johtuva toimintakyvyn puute
- Asiakkaat pystyisivät olemaan mahdollisimman pitkään kotona. Tukea päivittäisissä toiminnoissa.
- Työntekijän antama riittävä aika mahdollistaa että asiakas voi tehdä asioita itse joihin kykenee.
- päivätoiminta, ulkoilutus, hyvä mieli ja ruokahalu, huumori. Juttuseura, kirjoittaminen.
- Asiakas kokee itsensä tarpeelliseksi kun voi toteuttaa vaikka pienenkin asian itse.
- Omatoimisuuden tukeminen, Kannustus ja motivointi, Kerttulan päivätoiminta, kotikuntoutus, Neuvokkaan ulkoiluttaja, Työntekijän kannustus, Omaisten käynnit ja tuki. Naapurien ja yksityisten antama palvelu. (Siistijät, seurakunta, kampaaja, jalkahoitaja, fysioterapeutti, hierojat, ym.
- Erilaiset virkistysmuodot, kerhot, virkistyspäivät, laulupiirit. Asiakas olisi hyvä saada ulos ihmisten ilmoille. Kannustetaan esim. tulemaan yhteiseen ruokailuun.
- Autetaan vain siinä mihin ei itse pysty.
- - kuntouttava työote
- kannustaminen ja positiivisen palautteen antaminen asiakkaalle toimintakyvyn edistytessä
- päivätoiminta, neuvokkaan ystävän palvelu
- Jos mahdollista niin yhdessä tekeminen voimavarat huomioiden.
- Oma asenne työntekoon= yritettävä pitää mielessä toimintakykyä ylläpitävä työote
- esim. omatoimisuus mahd.mukaaan
- liikunnan lisääminen as. voimavarojen mukaan
- tarpeelliset apuvälineet
- kodin turvallisuus
- hoitajien neuvonta ja ohjaus
- annetaan as. pikku tehtäviä suoritettaviksi
- psyykkisten ja fyysisten tarpeiden huomioiminen tasapuolisesti olisi tärkeää.
- Annetaan asiakkaan esim. pukeutua itse, tehdä arkipäivän askareita itse. Asiakkaat tarv. usein ohjausta, seuraamista ja tarv. vain pientä avustamista. Hoitajalle ei useinkaan ole aikaa olla koko tätä aikaa kotona, mikä menisi esim. pukeutumiseen.
- Asiakkaan oma motivaatio (mikä on välillä aika vaikeaa), sekä mahdollisten arkiaskareiden tekeminen, oman voinnin mukaan.

- Kuntohoitaja,päivätoiminta,opiskelijat-mahdollisuus ulkoiluun ym.aktiviteettiin,kun heillä mahdollisuus antaa aikaa asiakkaalle.
- Liikkuminen kykyjen mukaan, omatoimisuuden tukeminen (annetaan asiakkaan päättää asioistaan siinä määrin kun se on turvallista/järkevää), kontaktit läheisten, ystävien ja myös hoitajien kanssa. Päivätoiminta jossa tapaa samanikäisiä. Käytännölliset asumistilat ja apuvälineet. Oikeanlainen lääkitys.
- Asianmukaiset tilat kotona , esteettömyys.Oma tekeminen kykyjen mukaan.
- Jos asiakas on itse motivoitunut asiaan ja kaikki työntekijät toimivat käydessään samoilla periaatteilla. esim. vaippa vaihdetaan WC:ssä, eikä sängyssä tai sen vieressä seisten.

- Kannustaminen omatoimisuuteen, eikä tehtäis puolesta,mutta ei aina toteudu työntekijän ajanpuutteen vuoksi.
- kotona tehtävät päivittäiset toiminnot
- Päivittäisten henkilökohtaisen askareisen suorittaminen,aamutoimet ja suoriutuminen kodinhoidosta ja pienet ja vähän suuremmat liikkumista edistävät toimet mahdollisuuksien mukaan.
- omassa kodissa asuminen
tutut hoitajat
tiedonvälitys työ-ja kuntoutustehtävistä , ohjelma kotona mitä toteutetaan esim. jumppaohjeet ja -ajat
iloinen ,positiivinen asenne
ryhmien muodostaminen
kerhot
ei tehdä puolesta ,jos osaa ja pystyy, miel.yhdessä
- Omatoimisuuteen tukeminen asiakkaan voimavarojen mukaan esim. päivittäiset liikunta/voimisteluhetket sekä pienet kotiaskareet.
- Omatoimisuuden tukeminen, eli ei puolesta tekeminen
- Kun asiakas tekee itse esim.pukeminen eikä tehdä puolesta vaikka veisi aikaa. Erilaisiin ryhmiin osallistuminen esim jumpat ym kerhot.
- Jos asiakas pystyy itse tekemään niin annetaan hänen tehdä eikä tehdä puolesta vaikka aikaa menisikin enemmän.
Liikunta ym. ryhmiin osallistuminen.
- Kannustaminen, ohjaus, neuvonta ja tarv. yhdessä tekeminen, eril. piirit ja kokoontumiset
- -kotikuntoutus
-päivätoiminnot
-ystäväpalvelu
-sosiaalinen kanssakäyminen
-> luo halu ja toimia/lähteä ja virkistää
-asiakkaille hoitajien järjestämät virkistyspäivät olisivat varmasti toimintakykyä tukevia henkisesti ja fyysisesti
- - asiakasta kannustetaan yrittämään itse suoritamaan päivittäisistä toimista
- Hoito- ja palvelusuunitelmaa tarkistetaan säännöllisesti, jotta asiakkaan palvelut ovat tarkoituksen mukaisia, eivätkä "jää päälle" tarkoituksettomasti
- pyritään ohjaamaan asiakasta omassa kodissa hoitamaan arkiaskareita ja kannustetaan ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan
- Annetaan aikaa tehdä itse, eikä heti olla tekemässä puolesta ja anneta valmiita vaihtoehtoja.
- Motivoidaan asiakasta tekemään pieniä kotiaskareita. Ei tehdä asiakkaan puolesta asioita.Hankitaan tarvittavat apuvälineet.Kannustetaan liikumaan ja kerrotaan sen tärkeydestä. Kaikki pienikin tekeminen on tekee hyvää!
- kannustaminen omatoimisuuteen, pienikin liikkuminen edistäätoimintakykyä

- Normaaaleissa toimissa avustaminen, omatoimisuuden tukeminen, ystävät, sukulaiset

17. Mitkä asiat eniten mielestäsi vaikeuttavat asiakkaiden toimintakyvyn edistämistä?

Vastaaajien määrä: 42

- Työntekijän kiireinen aikataulu erityisesti iltaja viikonloppupäivystyksissä, helpposti tehdään tehtävät itse eikä asiakas pysty osallistumaan siihen ei kerta-kaikkiaan ole aikaa. Asenteiden pitäisi myös muuttua niin asiakkailla kuin omaisillakin.
- "kiire "
- Kiire aamukäynneillä ja iltakäynneillä. Yhteiset käytännöt kävijöiden kesken.
- tehtäväkeskeisesti laskettu aika asiakkaille
 - ajoittainen kiire
 - asiakkaiden motivaation puute
 - kotona pienet tilat (työturvallisuus)
 - ammattitaidon puute työntekijöillä (haluttomuus rohkaista asiakasta)..toiset työntekijät noudattaa kuntouttavaa työtettä, ja toiset tekevät ns. "liikaa" puolesta.
- Työntekijöiden kiire, onko aina riittävästi aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtettä??
Fyysisen toimintakyvyn tukemista esim. ulkoilutus, kävelyt ym. ei ole mahdollisuutta toteuttaa riittävästi (aikaa ei ole)
- Ei toimiva ympäristö
Hoitajan ajan- ja ammattitaidon puute
Terveydellinen tila
- jos asiakas ei saa niitä palveluja, joita hän tarvitsisi
- jos turvattomuus ja yksinäisyys jätetään huomioimatta
- liika kiire
- jos masennus jätetään hoitamatta
- jos (koti)kuntoutusta ei ole tarpeeksi ja riittävän monipuolisesti
- Hoitajilla ei riitä aika asiakkaiden kuntoutukseen kotona. Sekä hoitajille pitäisi saada enemmän koulutusta toimintakyvyn ylläpitämisestä.
- Työntekijän kiire, tekee kaiken valmiiksi asiakkaalle.
- Yksinäisyys ja eristäytyminen. Rohkaisua lähtemään esim. päivätoimintaan. Kannustetaan itse yrittämään ja pysymään elämässä kiinni.
- Asiakkaat ovat huonokuntoisia, mennään päiväkerrallaan eteenpäin. Eivät enää jaksaa lähteä minnekkään. eivätkä halua mitään palveluja. päivystyksessä kiire(tehdään asiakkaan puolesta)
- Kiire
- Kiire. Jotkut asiakkaat ovat tottuneet saamaan palvelua, koska he siitä maksavat. Eivät ymmärrä, kun ei tehdä kaikkea enää niinkuin ennen.
- liian tiukka/ kiireinen työrytmi
- osa hoitajista tekee liikaa asiakkaan puolesta
- voimistelu ohjeiden puute
- Työntekijöiden ajan puute. Asiakkaan taloudellinen tilanne
- " Kiire " tehty / todellinen ajottain
- huono fyysinen kunto
'puolesta' tekeminen
oma haluttomuus/motivaatio tehdä
hoitajalle maksetaan !

- Yksinäisyys ja mielen alavireisyys.
- Ajanpuutteen vuoksi herkästi asiat tehdään valmiiksi. Jos sovitaan, että asiakas tekisi ne itsenäisesti yksin ollessaan, ne jää helposti tekemättä ilman ohjausta.
- Vanhat toimintatavat, joiden muuttaminen varsinkin vanhojen asiakkuuksien kohdalla on vaikeaa.
- Hoitajien kiire, ei aina ennätä ottaa asiakasta mukaan touhuihin, vaan kiireessä helposti tekee hoitajana itse, niin selviää nopeammin seuraavaan paikkaan.
- Asiakkaan mielipide/ajatus siitä että olen niin sairas että en pysty tekemään mitään (vaikka toimintakykyä on vielä jäljellä). Ajoittain nopea työtahti jolloin asiakkaan kanssa keskustelu jää liian vähäiseksi. Hankalat asumisolosuhteet (esim paljon rappuja). Asiakas asuu väärässä paikassa tarpeisiinsa nähden.
- Asiakkaan huono kuulo, hidas liikkuminen
- Asiakas ei itse ole motivoitunut. Työntekijällä ei ole aikaa ja suorittaa tehtävät mahd. pian, joten tekee kaiken itse asiakkaalle valmiiksi.
- Monet asiakkaat vaikea hoitoisia, liian vähän aikaa esim. aamukäynnillä.
- kokevat ettei auteta, jos ei tehdä asiakkaan pyytämiä asioita. Kaikki asiakat eivät ymmärrä ns. kuntouttavaa työtettä ja mitä se tarkoittaa. Asian perusteleminen asiakkaille vaikeaa, kun usein tulee vastaus "mitä täällä turhaan käytte, kun mitään ei tehdä"
- Aina ei ole aikaa odottaa että asiakas tekee itse, kun se vie enemmän aikaa.
- Asiakkaan oma ja omaisten vääränlainen ns. huolenpito ja välittäminen, vaatien "passausta" asiakkaalle.
- motivaatio työntekijöiltä puuttuu
- asiakas vastahakoinen, tai ei ymmärrä puutteelliset mahdollisuudet, tiedot
- Asiakaskunta huonokuntoisia ja monisairaita eikä kaikilla ole motivaatiota yrittää ohjauksesta huolimatta. Pakottaa emme voi, työskentelemme toisen kodissa.
- Omatoimisuus, palvelujen saatavuus, ryhmät/kerhot, sosiaalinen kanssakäyminen, terveyden edistäminen, kipujen hallinta ym hyvinvointi
- Puolesta tekeminen. Huonot asuinolosuhteet esim. ahtaat tilat joissa liikkuminen itsenäisesti apuvälineidenkin avulla jää vähäiseksi. Asiakkaat jotka ei ole itse motivoituneet.
- Asunnon epäkäytännöllisyys, ahtaat vessat, kynnykset.
- Asiakkaan itsensä huono motivaatio tehdä asioita joita pystyy itse tekemään.
- Annetaan aikaa tarpeeksi asioiden tekemiseen, rohkaisu omatoimisuuteen
- En tiedä kovin paljon ko. asioista eikä aikakaan tahdo riittää loputtomiin.
- -ajoittain asiakkaan oma motivaatio
- - ajan puute
- hoitajat vaihtuvat paljon, ts. samaa ihmistä hoitavat monet hoitajat, ja kaikilla ei välttämättä ole asiakkaan henkilökohtaiset tavoitteet tiedossa
- Asiakkaan oma haluttomuus tehdä asioita. Ahtaat tilat asiakkaiden kotona. Vääränlaiset apuvälineet tai niiden puuttuminen
- Asiakkaan oma haluttomuus. Pienet tilat. Liikuntarajoitteisuus.
- - Liian nopeat käynnit asiakkaan luona. Pitäisi varata aikaa "temppujen" lisäksi myös kuuntelemiseen ja keskustelemiseen.
- Tiedonpuute ja rohkeus kohdata ja auttaa myös vaikeissa elämäntilanteissa olevia asiakkaita, esim. masentuneita, muissakin kuin fyysisissä tarpeissa.
- dementoituminen, kommunikointi vaikeudet esim. huono kuulo
- Yksinäisyys, palveluja ei ole saatavilla tarpeeksi. Tukiverkon puuttuminen
- Ei ole tarpeeksi aikaa olla yhden asiakkaan luona jotta hän itse ehtisi tehdä

asiota jotka edistäisivät asiakkaan kuntouttamista.

18. Millaisia keinoja tai palveluja olet käyttänyt työssäsi asiakkaasi toimintakyvyn edistämiseen? (esim. seurakunnan palvelut, päivätoiminta, fysioterapeutin palvelut, oma toiminta)

Vastaaajien määrä: 37

- Päivätoiminta, fysioterapeutin palvelut, kannustaen asiakasta esim. imuroimaan, ystäväpalvelusta henkilö mukaan kauppareissulle ja ulkoiluun. pienet keskusteluhetket kun on mahdollista. pesutilanteessa asiakas toimii itsenäisesti taitojensa mukaan.
- kaikkia edellä mainittuja, omaisten tukea ja auttamista myös paljon hyödynnetään
- Tukemalla asiakasta tekemään itse mahdollisimman paljon. Kuntohoitajan käynti. Omaisia neuvomalla. asiakasta itseään opastamalla.
- -päivätoiminta
 - pyrkinyt jokapäiväisessä työssä kuntouttavaan työotteeseen
 - ulkoilluttanut asiakkaita jos aika on sallinut
 - fys. terapia
- -Fysioterapeutin palveluja
 - päivätoiminta
- Kaikkia mahd. tarjolla olevia.
- srk:n palvelut
neuvokkaan palvelut
omaisten mukaanotto hoitoon ja riittävä yhteydenpito heihin
viriketoiminta (Kerttula, tasakatu, järjestöt)
ohjaus seutuopiston ryhmiin
liikuntatuokiot
ulkoilukehotukset
yhteydenpito ystäviin
moniammatilliset auttajatahot ja yhteistyö heidän kanssaan
lääkitys tasapainoon
ruokavalio tasapainoo, myös nesteet
alkoholin käytön seuranta
jne.....
- Kotihoidon asiakkaita käy päivätoiminnassa sekä fysioterapeutti käy asiakkaiden luona kotona. Myöskin asiakkaat ketkä jaksaa käyvät myös itseksensä esim. ulkoilemassa. Joillakin asiakkailla on myös neuvokkaasta ystävä jalkahoitaja, lääkärireissut yhdessä ym.
- Ohjaamalla päivätoimintaan, olen ollut päivätoiminnan vetäjänä. Ulkoilluttanut asiakkaita. Järjestetty jotain yhteistä päiväohjelmaa esim. laulua, lettukestejä. Käyttänyt asiakasta lääkäriissä.
- Olen tilannut kotikuntoutusta, fysioterapeuttia, Kerttulan kerhoa, neuvokkaan ystäväpalvelua, seurakuntaa, kampaajaa, ym, En tee valmiiksi, keskustelut tiimissä asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen ja tiimi sitoutuu noudattamaan päätöstä. Omaiset mukana tukemassa asiakasta. Sosiaalinen verkosto(naapurusto)
- Päivätoiminta, Neuvokas. Autan vain siinä, missä apua tarvitsee. Nykyään saamme taas ulkoiluttaa, jos on aikaa. Se on hyvä toimintakyvyn edistäjä.
- - neuvokkaan ystäväpalvelu

- kotihoidon fysioterapeutin tai kuntohoitajan kutsuminen asiakkaan luo
- päivätoimintaan ohjaaminen
- kuntouttavan työotteen huomioiminen asiakkaan kunnon mukaan, voimistelu-
hetket joskus
- Kysynyt neuvokkaasta ystävää, ottanut yhteyttä fysioterapeutteihin, päivätoi-
mintaan ohjannut.
- Kaikkia yo palveluita. Kovasti pitää kannustaa asiakkaita omatoimisuuteen /
tekemään itse niitä asioita mitä kykenee.
- päivätoimintaa
fys.terapeuttien palveluita
apuvälineitä
oma toimintaa mahd.mukaan
- Päivätoiminta, sekä Neuvokkaan palvelut.
- Kaikkia edellä olevia,omassa toiminnassa pyrin jättämään sellaiset pienet arki-
set työtehtävät asiakkaan tehtäväksi,jotka pystyy itse tekemään,esim.lehden
haku,tiskit,kahvin keitto jne.
- Seurakunta vierailee säännöllisesti (asiakkaiden vieminen tilaisuuksiin). Päivä-
toimintaan hakemusten tekeminen/lähtemisessä avustaminen. Ystävien luokse
vierailulle vieminen. Yhteisruokailuun ohjaaminen. Keskustelu, kuunteleminen
ja yhteinen huumori. Apuvälineiden hankinta.
- fysioterapeutti,päivätoiminta,seurat
- ystäväpalvelua joka ulkoiluttaa, asiakkaan käsenyt itse viemään roskat. kan-
nustanut päivätoimintaan lähtemään mukaan. Kuntohoitajan käyntiä suositel-
lut.
- Parempi kuntoiset asiakkaat käyvät päivätoiminnassa,muutama asukas on
saanut fysioterapeutin käyntejä kotiin.
- päivätoiminta, fysioterapeutti
yhdessä pieni jumppatuokio, lähikaupassa käynti yhdessä
- Kerho -ja päivätoiminta,seurakunnan kerho, vapaaehtoisten ulkoiluttaminen ja
omakin kävelylenkkien tekeminen asiakkaan kanssa esim. ruokailun jälkeen tai
sinne mennessä.Fys.hoitajan tilaaminen.Motivoiminen kertaamalla näitä asioita
ja kannustaminen.Yhdessä yrittäminen aamutoimissa mahdollisuuksin mukaan.
- kikki yllämainitut käytössä
- Tekemällä lähetteen päivätoimintaan, fysioterapeutilla, tiedustelemalla Neu-
vokkaasta ulkoilu/keskusteluapua ja keskustelemalla asikkaan omista voimava-
roista mihin ne riittävät sekä opettamalla mm. tuolijumppaa ja tasapainoharjoi-
tuksia.
- päivätoiminta, fysioterapeutti
- Järjestelty asiakkaille virkistys tapahtumia
mm.makkaranpaistoa,kahvittelua,retkiä yms isommille ja pienemmille ryhmil-
le.Kuljetettu asiakkaita myös muihin virkistys tapahtumiin. Antanut asiakkaan
tehdä itse esim pukemiset,tiskaamiset ym. ja kannustaa tekemään kun vointi
sallii.
- Virkistystä erilaisia tapahtumia järjestetään vuodenaikojen mukaan, esim. mak-
karan paistoa ja lettukestejä, laulutuokioita.
Tuodaan voimisteluun joita on kerran viikossa.
Kuljetetaan hartaustilaisuuteen joita seurakunta järjestää palvelukeskuksella.
- kaikkia yllämainitussa luettelossa mainittuja asioita
- -kotikuntoutus
- -päivätoiminta
- -ohjaus
- -sosiaalinen kanssakäyminen
- - oma sanallinen ohjaus/ kannustus
- - positiivisen palautteen anto

- päivätoiminta
- kotihoidon fysioterapeutti
- seurakunta
- SAS- hoitaja
- mielenterveyshoitaja/psyk.pkl
- apuvälinelainaamo
- Omatoiminta, jalkahoitaja, seurakunta,fysioterapeutti
- Ohjaan asiakasta palveluiden piiriin ja kerron mahdollisuuksista ja otan selvää jos en itse tiedä riittävästi asioista.Kehotan asiakasta omatoimisuuteen ja moti-
voin liikumaan.
- yhteistyötä kaikkien edellä mainittujen kanssa
- Positiivinen asenne asiakkaan luona, ohjata päivätoimintaan, keskustelut asi-
akkaan kanssa.
- fysioterapeutti,omatoiminta.

19. Jos haluat kertoa vielä jotain kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn edistämiseen liittyvää asiaa, jota kyselyssä ei tullut esille tai kirjoitustilaa ei ollut tarpeeksi, voit käyttää tätä tilaa.

Vastaajien määrä: 11

- Omaisille jotka hoitavat vanhustaan useampana päivänä viikossa vaikka yksi tai kaksi meidän käyntiä tai viikonloppuja tai lomia, pitäisi palkita heidät jotenkin. selvää rahaa se ei kuitenkaan saisi olla. Jos tämä auttaisi lähentämään perheitä.
- Henkisen tuen tarve on kasvanut huomattavasti viime vuosien aikana.
- sairaanhoitajan työnkuva kotihoidossa tällä hetkelä ???
- Tulevaisuudessa asiakkaat haluaisivat enemmän mahdollisuuksia osallistua yhteisiin tapahtumiin ja olisi sosiaalista kanssa käymistä.
- joudun tekemään as.puolesta sellaisiakin tehtäviä joihin hän pystyisi, mutta valvotusti. Eikä aikaa ole riittävästi.
esim. aamupuuron\ aamupalan keittäminen\laittaminen
- Asiakkaat ovat ottaneet yhteiset kokoontumiset hyvin vastaan ja niille tuntuisi olevan jatkossakin tarvetta.
- Kun kaikille pitäisi olla tasapuolinen on vaikeaa valita jos joskus olisi aikaa antaa jollekin ja tehdä "ylimääräistä" esim. kävelylenkki/kauppareissu. Jos joku muu asiakas saa tietää toisen saaneen sellaista palvelua, nousee siitä mekka-
la.
Monet ovat niin huonokuntoisia ettei kotoa lähtö onnistu. Joten on turha järjestää sellaista toimintaa joka tapahtuu kodin ulkopuolella..
Myös mielenterveys-asiakkaiden saaminen johonkin ryhmään tai toimintoihin on usein hankalaa. Pitäisi olla aikaa ensimmäisiä kertoja olla joku tuttu hoitaja mukana jne.. että pääsisi alkuun
- yhteishenkeä kohotettava ja imagoa kuntouttavana henkilökuntana
aikaa tehdä jumppaa , ulkoilua ja se kirjattava työksi
- Tarv. voi hyödyntää myös ystäväpalvelua.
-
- Hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi voisi mielenterveysasiakkaille olla kuntou-
tussuunnitelma jossa näkyisivät tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Se olisi
hoidon tukena sekä hoitajille, omaisille, että asiakkaalle itselleen.